

COUNTWAY LIBRARY

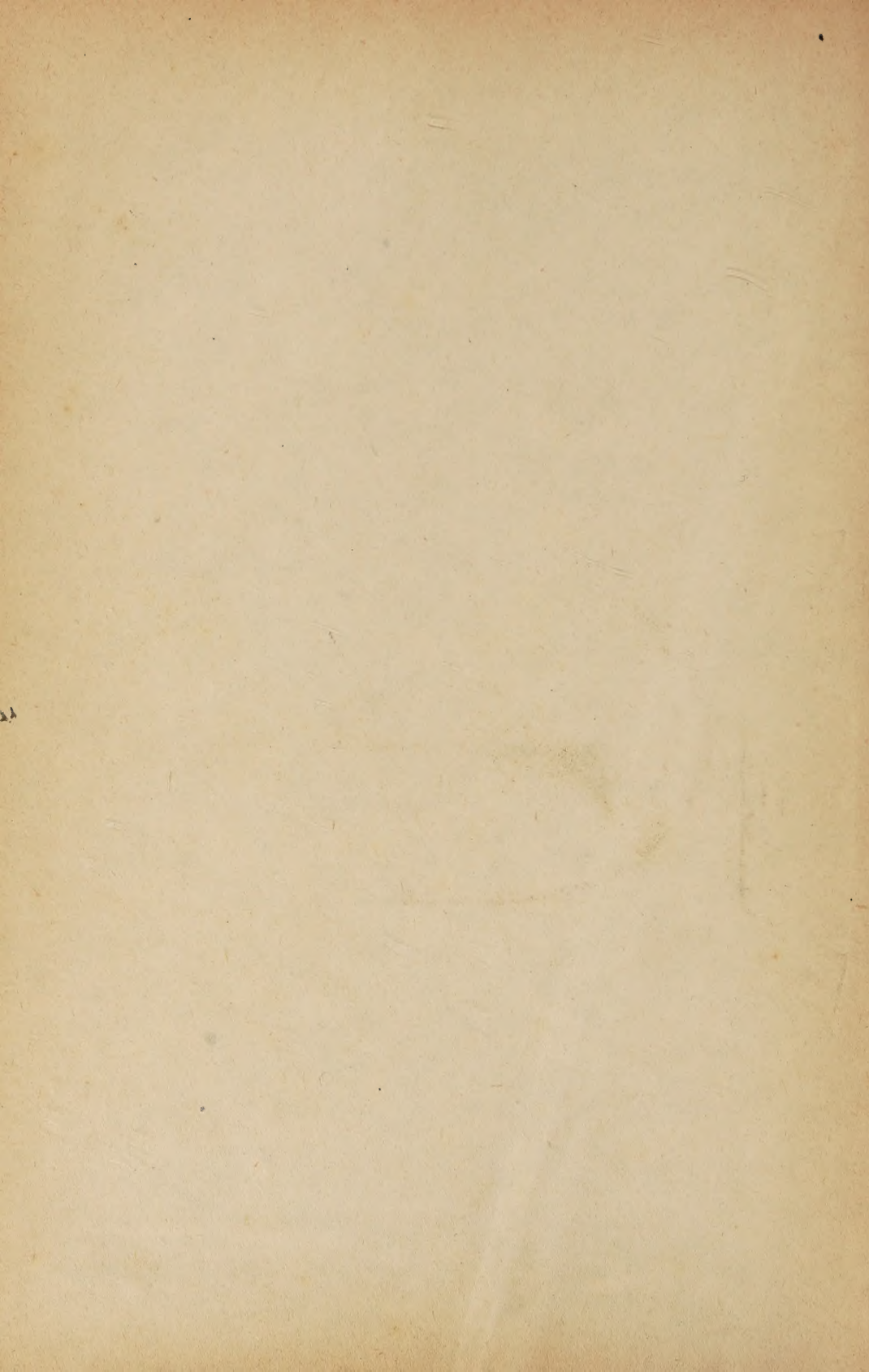


HC 177H I

FÉLIX LEJARS

EXPLORATION
CLINIQUE ET
DIAGNOSTIC
CHIRURGICAL







Digitized by the Internet Archive
in 2025

EXPLORATION
CLINIQUE
ET
DIAGNOSTIC CHIRURGICAL

DU MÊME AUTEUR

TRAITÉ DE CHIRURGIE D'URGENCE, par FÉLIX LEJARS, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, ancien président de la Société de chirurgie. *Huitième édition*, entièrement refondue. Paris, 1921. 1 fort vol. grand in-8 de 1120 pages avec 1100 figures et 20 planches hors texte en deux tons.

Broché sous couverture forte 75 fr. net

Relié en deux volumes, toile pleine, fers spéciaux et tiré sur beau papier couché. (*Masson et C^{ie}, Éditeurs.*) . . . 90 fr. net

LEÇONS DE CHIRURGIE (La Pitié, 1893-1894), par FÉLIX LEJARS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. Paris, 1895. 1 volume grand in-8 avec 128 figures. (*Masson et C^{ie}, Éditeurs.*). 17 fr. 50

EXPLORATION CLINIQUE

ET

DIAGNOSTIC CHIRURGICAL

PAR

FÉLIX LEJARS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE
ANCIEN PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

907 PHOTOGRAPHIES ET DESSINS ORIGINAUX INÉDITS

BOSTON MEDICAL LIBRARY
IN THE
FRANCIS A. COUNTWAY
LIBRARY OF MEDICINE

MASSON ET C^{IE}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (VI^e)

1923

*Tous droits de reproduction,
de traduction et d'adaptation
réservés pour tous pays.*

Copyright 1923 by MASSON et C^{ie}

AVERTISSEMENT

J'ai voulu écrire un livre de métier.

Devant telle ou telle affection régionale, à quoi penser? Comment explorer? — Je répéterai maintes fois ces deux appels, qui traduisent au mieux l'idée qui m'a conduit.

À quoi penser? C'est à l'instruction et à l'expérience de répondre, à l'instruction, qui donne « des clartés de tout »; à l'expérience, qui précise les ombres et les contours, et qui met au point.

Comment explorer? Je m'attacherai à l'exploration clinique, au sens propre du mot, à l'exploration première, par l'œil et par la main, celle qui demeure à la portée de tous, celle qui précède toutes les autres, et les commande.

À l'heure présente, les méthodes d'examen, physiques, chimiques, bactériologiques, apportent au diagnostic un appoint singulièrement précieux, que nous signalerons avec insistance — mais elles n'enlèvent rien de sa valeur à la méthode traditionnelle.

Il faut que le médecin — que tout médecin — sache regarder, palper, percuter, mobiliser — explorer, pour tout dire.

Ce n'est pas là une besogne banale, qui s'exécute de haut et superficiellement. Il y a une technique de cette exploration, une technique ordonnée, méthodique, précise, et qui fournit, bien appliquée et régie par le « sens clinique », des données inappréciables.

Telle est la technique de métier, et je tiens à ce mot, parce que, sous son humble apparence, il exprime bien l'esprit pratique, l'esprit de recherche locale minutieuse et d'interprétation savante.

C'est cette technique que j'ai cherché à figurer et à décrire. Je me suis attaché à « montrer », pour chaque région, ce que l'on peut voir, « en sachant regarder »; comment on doit explorer; comment

on peut tirer, de cette exploration, des conclusions de diagnostic, de pronostic, et de traitement.

Ce programme supposait de nombreuses figures : il y en a 912. Elles sont toutes originales, à part quelques rares schémas ; elles ont été recueillies peu à peu au cours de longues années, car l'idée de ce livre date de loin. Je tiens à signaler que toutes les figures « d'exploration » ont été prises sur des malades, atteints de l'affection dont elles représentent l'examen clinique.

Je remercie MM. Masson et C^{ie} de m'avoir fait confiance une fois de plus, et d'avoir apporté tant de soin à l'exécution de ce livre. .

Je n'oublie pas d'autres collaborateurs, mon vieil ami Leuba, qui m'a prêté encore son beau talent de dessinateur, et M. Paul Marmand, avec qui nous avons fait tant de photographies « cliniques ».

Février 1923.

F. L.

TABLE DES MATIÈRES¹

CRANE

Traumatismes	4
Affections aiguës, inflammatoires.	6
Tumeurs	10

FACE

Traumatismes	17
Phlegmons et abcès	22
Tumeurs	26
— des diverses régions de la face	26
— des cavités de la face, nez, orifice buccal, bouche, pharynx.	40

COU

Topographie	53
Phlegmons et abcès chauds.	57
Tumeurs	59
Fistules.	82

Nuque.

Topographie	85
Tumeurs	86
Rachis cervical, arthrites, mal de Pott	89

THORAX

Repères et lignes de direction.	95
Traumatismes.	104
Affections inflammatoires aiguës, pariétales.	110
Tumeurs	111

1. Voir, à la fin du volume, l'*Index alphabétique des matières et des figures*.

TABLE DES MATIÈRES

Affections endo-thoraciques.	119
Thorax fistuleux	125
Abcès et tumeurs des médiastins	129

SEIN

Lymphangites, phlegmons, abcès.	131
Tumeurs	133
Le cancer	138
Ulcérations et fistules.	146

ABDOMEN

Paroi abdominale antérieure.	150
Traumatismes.	152
Hernies et éventrations.	153
Phlegmons et abcès	160
Tumeurs	161
Hypochondre droit.	165
— gauche	188
Région épigastrique	200
Aire centrale de l'abdomen.	222
Flanc droit.	229
Fosse iliaque droite	235
Fosse iliaque et flanc gauches	253
Région hypogastrique	265
Rein	273
Gynécologie	288
Tumeurs à développement abdominal.	288
Tumeurs à développement pelvien.	311
Vulve, vagin, col utérin.	331
Les gros ventres	356
Gros ventres avec accidents aigus	356
Gros ventres d'allure chronique.	363

RÉGION INGUINO-CRURALE. HERNIES

Hernie inguinale	370
Hernie crurale	380
Hernie obturatrice	384

RÉGION ANO-PÉRINÉO-SCROTALE

Bourses, testicule et cordon.	387
Urètre et périnée	406
Anus, région péri-anale, rectum.	414

TABLE DES MATIÈRES

DOS ET RACHIS. BASSIN OSSEUX

Topographie	423
Traumatismes	424
Mal de Pott.	428
Déviation rachidiennes.	437
Tumeurs liquides et solides.	442
Bassin osseux.	445

MEMBRES SUPÉRIEURS

Traumatismes de l'épaule.	459
Arthrites de l'épaule	478
Tumeurs de l'épaule.	486
Aisselle.	490
Bras	493
Coude	503
Avant-bras	524
Poignet et main. Traumatismes.	535
Affections phlegmoneuses aiguës	547
Arthro-synovites, aiguës et chroniques.	559
Tumeurs de la main et des doigts	564
Difformités	566

MEMBRES INFÉRIEURS

Hanche. Traumatismes.	575
Arthrites aiguës et chroniques. Coxalgie. Périarthrites.	587
Ankyloses.	596
Fesse.	600
Aîne, triangle de Scarpa	603
Région trochantérienne.	613
Région des adducteurs	615
Cuisse	615
Genou. Traumatismes.	631
Arthrites et périarthrites aiguës.	646
Arthrites et périarthrites chroniques.	650
Ankyloses.	665
Déviation	669
Tumeurs	675
Creux poplité.	678
Jambe	686
Cou-de-pied et pied.	712
Traumatismes du cou-de-pied et du pied	712
Affections aiguës.	735
Affections chroniques.	738
Ulcérations et fistules du pied	745
Tumeurs du pied.	748
Gangrènes	750
Pieds bots	754

EXPLORATION CLINIQUE

ET

DIAGNOSTIC CHIRURGICAL

CRANE

TRAUMATISMES

S'il y a une plaie, plaie contuse, en lambeau décollé, par arme à feu, l'exploration relève tout entière de la chirurgie d'urgence : les quelques procédés de recherche qui vont être signalés n'en trouvent pas moins leur application.

Mais je suppose que vous ne trouviez *pas de plaie*, pas de caillots dans les cheveux, rien qui saigne à la surface du cuir chevelu : votre blessé a été violemment heurté à la tête, il est tombé tête en avant.... A quoi penser ? Simple *contusion du crâne*, avec suffusion sanguine ou bosse sanguine, mais qui peut se compliquer d'une « commotion » initiale, plus ou moins prolongée ; — *fracture de la voûte*, avec ou sans enfoncement, sans accidents cérébraux graves ; — *fracture de la voûte*, avec *rupture vasculaire* importante (méningée moyenne, le plus souvent), épanchement sanguin consécutif, et *compression cérébrale*, croissante ; — *fracture de la voûte*, à multiples éclats, avec *déchirure de la dure-mère*, foyer plus ou moins large et profond d'*attrition cérébrale* ; — *fracture de la voûte, irradiée à la base*.

Avant d'explorer le crâne, regardez votre blessé, causez-lui : parfois, il vous répond plus ou moins bien, il remue bras et jambes ; il est « hébété », non « choqué ». Bon signe ; mais ne concluez rien, avant d'avoir complété l'examen. — Ailleurs, bras et jambes sont

inertes; aucune réponse; les paupières sont tombantes, les yeux sans regard : commotion; oui, ou quelque chose de plus.

Tout de suite — instinctivement — examinez la *face*, l'*oreille*, le *nez*, l'*œil*, le *pouls*, la *respiration*.

Une des joues est-elle aplatie, flasque, et retombe-t-elle, inerte, dans la respiration; la commissure labiale opposée est-elle relevée et rétractée : paralysie faciale¹; fracture du rocher.



FIG. 1. — Exploration du crâne. — Pression dans l'axe, d'avant en arrière.

Le pouce droit est dans la fossette sous-glabellaire; les doigts gauches, dans la fossette de la nuque, au contact de la protubérance occipitale externe.

A-t-il *saigné*, votre blessé, par le *nez* ou par l'*oreille*? Voyez s'il y a des caillots, et du sang qui coule, dans le conduit auditif externe; cherchez, en soulevant le lobule du nez, s'il y en a dans les narines. Cherchez encore si du liquide clair, séreux ou légèrement teinté de sang, n'a pas suinté et ne suinte pas par le conduit auditif ou la narine (liquide céphalo-rachidien).

L'*œil* — un gros œdème — sanguin — de la paupière supérieure, des deux paupières, parfois, n'est pas rare : il signifie « traumatisme », et rien de plus. Soulevez les paupières : l'ecchymose conjonctivale déclive est autrement importante, surtout lorsqu'elle est unilatérale.

1. Voy. plus loin, figures 29, 30 et 31.

Et puis, voyez si l'œil est dévié d'un côté, si la pupille est dilatée.

Le *pouls* — toujours un peu ralenti, en commotion, c'est entendu; mais, si le ralentissement est très marqué, et que la radiale ne batte plus que 60, 50 fois par minute, tendue, vibrante, méfiez-vous : lésion cérébrale, compression cérébrale probablement. — Quant à la *respiration*, elle sera normale, parfois, un peu ralentie ou accélérée seulement; mais vous la trouverez, dans d'autres cas, bruyante, saccadée,

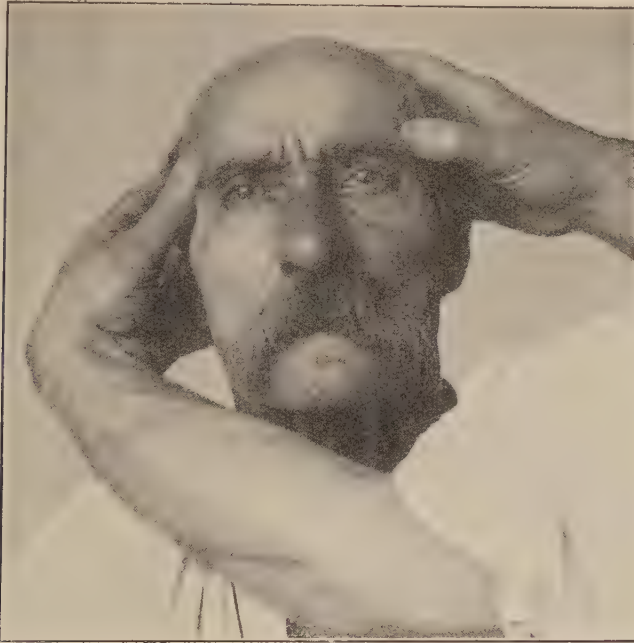


FIG. 2. — Exploration du crâne. — Pression dans l'axe transversal, au niveau des apophyses orbitaires externes.

« stertoreuse » : mauvais signe, compression cérébrale ou lésions cérébrales graves.

Remarquez bien que ces constatations premières se font très vite, et que, si elles sont négatives, elles ne prennent que quelques instants.

Au crâne maintenant : Comment l'explorer? Par la pression dans l'axe, d'abord.

1° **Pression dans l'axe, d'avant en arrière** (fig. 1); du doigt, suivez, de bas en haut, le bord supérieur du nez, reconnaissez une dépression à sa racine (fossette sous-glabellaire), et, au-dessus, un relief, une bosse (bosse frontale médiane, glabelle); laissez le pouce dans la fossette.

En arrière, très bas, avec l'index et le médius gauches, disposés latéralement, cherchez le sillon médian de la nuque; vous le trouverez

toujours, même lors d'œdème et d'infiltration sanguine; remontez le long de ce sillon, jusqu'à ce que vos doigts soient arrêtés par un relief dur, osseux, une grosse bosse, cette fois : la protubérance occipitale externe, l'inion. Du bout de vos doigts, plongez au-dessous d'elle, dans la *fosse de la nuque*, plus accessible, si vous relevez le front : le plan osseux que vous sentez se prolonger en avant, c'est la portion horizontale de l'occipital, et le cervelet est au-dessus.

Vous n'avez plus, dès lors, qu'à jalonner, de l'œil, entre vos deux

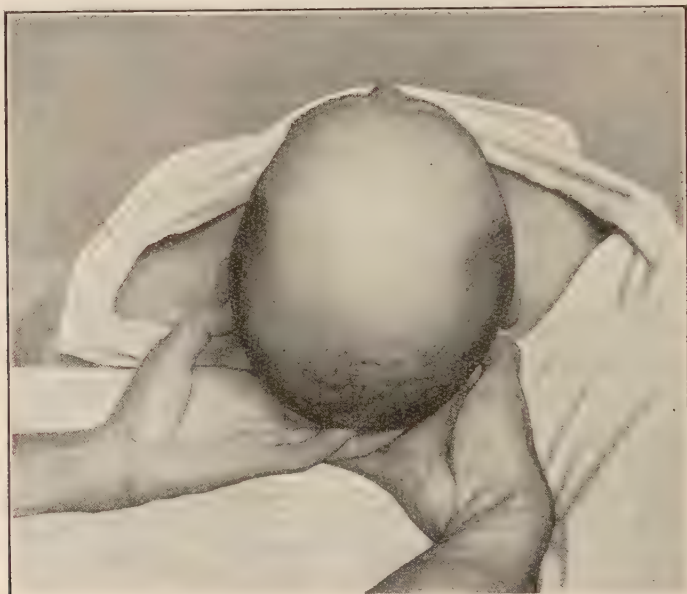


FIG. 3. — *Exploration du crâne.* — Pression dans l'axe transversal, au niveau des apophyses mastoïdes.

main, la ligne médiane de la voûte, la *ligne sagittale*. Et c'est une première orientation.

2° Pression dans l'axe transversal, d'abord au niveau des *apophyses orbitaires externes* (fig. 2). — Cela fait, suivez les arcades zygomatiques, et, derrière l'oreille, cherchez l'apophyse mastoïde. Vous la reconnaîtrez toujours, par son bord antérieur et sa pointe, si votre doigt plonge dans le sillon rétro-auriculaire, et vous exercerez, aux pouces (fig. 3), une seconde pression transversale, *d'une mastoïde à l'autre*.

Glissez les pouces d'avant en arrière, vous repérerez, même sous une nappe œdémateuse, le *bord postérieur des apophyses mastoïdes* : tracez, de l'œil, la verticale, qui, de ce bord postérieur, remonte à la ligne médiane de la voûte, et dites-vous qu'à l'intersection des deux lignes, des deux directrices, au sommet de la voûte, correspond le

point rolandique supérieur (fig. 4). l'extrémité haute de la scissure de Rolando, qui, de là, descend vers le milieu de l'arcade zygomatique, et que tous les centres corticaux avoisinent.

Et voici qu'en esquissant, par la pensée, cette *verticale rétro-mastoïdienne*, vous divisez en deux secteurs chaque moitié du crâne (fig. 5), le secteur antérieur, beaucoup plus étendu, étant aussi celui des lésions cérébrales graves.

Explorez alors, par secteurs, la surface cranienne, après ces préliminaires d'orientation, beaucoup plus rapides à exécuter qu'à décrire; explorez méthodiquement, « pour aller vite », en vous guidant sur les repères osseux que vous venez de « retrouver ». Palpez le front, les arcades sourcilières, les bosses frontales; sur les côtés du crâne, palpez, avec les doigts infléchis, d'avant en arrière, sur une série de lignes descendantes; et en traînant le bord externe du pouce, verticalement, de bas en haut (fig. 6).



FIG. 4. — Le point rolandique supérieur à l'intersection de la verticale rétro-mastoïdienne et de la ligne sagittale. — Il est délimité aux deux pouces, (et le palper aux deux pouces, est, du reste, particulièrement recommandable pour l'exploration de la voûte cranienne).

Que trouvez-vous ?

Une *bosse sanguine*. Oui; elle apparaît souvent, en relief, soulevant les cheveux, au premier examen; elle donne une sensation « d'enfoncement », lorsqu'on la déprime, c'est entendu; on ne s'y laissera pas prendre, avec la moindre expérience; mais, ce qui est souvent beaucoup plus malaisé, c'est de préciser s'il existe une fissure cranienne au-dessous de cet hématome. Il est sage de garder toujours quelque méfiance à l'endroit de ces bosses sanguines, même lorsqu'elles ne semblent procéder que d'une contusion banale du péricrâne; j'ai vu encore, ces mois derniers (et les exemples ne sont pas exceptionnels), une bosse sanguine pariétale, qui remontait à plusieurs mois: indolente, et négligée, au début, elle était devenue tardivement douloureuse; elle fut ouverte: c'était un hématome suppuré, et je découvris, au-dessous de lui, deux esquilles de la table externe, un petit foyer de fracture, et d'autres esquilles de la table interne.

Prenez donc soin d'explorer de près ces hématomes péricraniens, même si l'absence de tout accident cérébral semble confirmer d'emblée

leur siège périphérique, et ne manquez pas de recourir à la ponction rachidienne.

Au lieu de la « bosse », nette et saillante, vous découvrirez souvent une sorte de *voussure localisée*, fluctuante, ou, du moins, dépressible, œdémateuse, et qui traduit, elle aussi, ou la fracture de la voûte, ou la contusion péricranienne.

Les petites zones d'infiltration, d'œdème, de douleur, qui se révèlent au palper de recherche, plus haut indiqué, sont des repères de grande valeur; on insistera doucement, à leur niveau, pour apprécier l'état de la surface crânienne, dépression, mobilité, crépitation, arête saillante. Une douleur locale, fixe, est, à elle seule, un indice à ne jamais négliger.

Ailleurs, vous ne constaterez ni bosse ni voussure circonscrite; mais, d'un côté (des deux parfois), toute la région pariétale sera sous-tendue par une nappe liquide profonde, recouverte d'un œdème, qui se prolonge au-dessous de l'apophyse zygomatique, aux paupières, à la face. Ces *larges épanchements sanguins péricranien* doivent toujours éveiller l'inquiétude, alors même que les apparences cliniques primitives sont bénignes; assez souvent, vous verrez, au bout de quelques heures, la tuméfaction péricranienne grossir et se diffuser encore, l'œdème déclive s'accroître, pendant que la connaissance se perd, que les mouvements cessent, que le pouls se ralentit, que la respiration devient saccadée et stertoreuse, que la pupille se dilate : fracture pariéto-temporale, avec lésion vasculaire; hématome sous-cranien croissant, *compression cérébrale*.

Même si cet ensemble d'accidents ne se réalise pas, le vaste épanchement péri-cranien latéral dont nous parlions signale presque toujours une fracture; fracture localisée temporo-pariétale, fracture *irradiée* à la base (paralysie faciale).

AFFECTIONS AIGÜES, INFLAMMATOIRES

Vous verrez au crâne des **abcès chauds** qui pointent, rouges, fluctuants, reconnaissables à la moindre exploration : abcès du péricrâne.

Ce sont parfois des *loupes suppurées* : ils sont, en général, bien saillants, bien circonscrits, lorsque telle est leur origine, et la préexistence du kyste sébacé, de la « bosse », petite ou grosse, confirme l'interprétation. N'oubliez pas que l'incision ne suffira pas à guérir, mais que « la poche » devra être extirpée.

Souvent, il s'agit d'*abcès lymphangitiques*, qui ont eu leur point de départ dans une érosion, une « éruption », grattée et infectée, du cuir chevelu ou de la peau ambiante : la petite lésion initiale a été

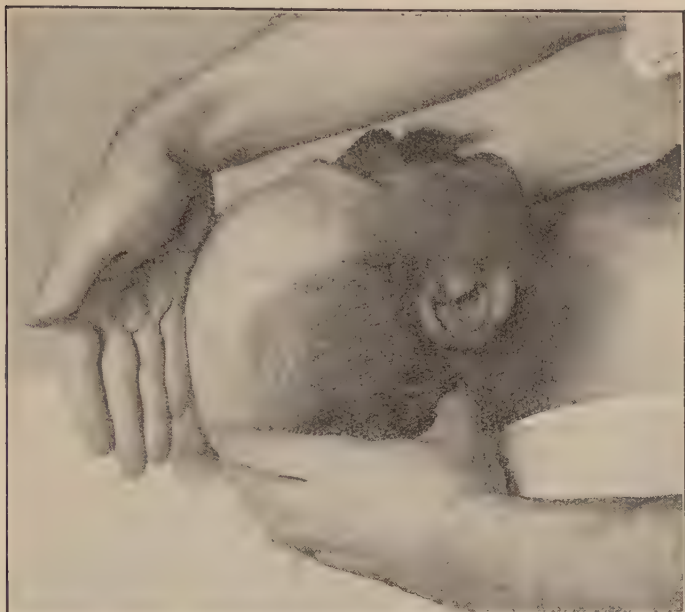


FIG. 5. — Exploration du crâne. — La verticale rétro-mastoïdienne; délimitation du secteur antérieur du crâne.

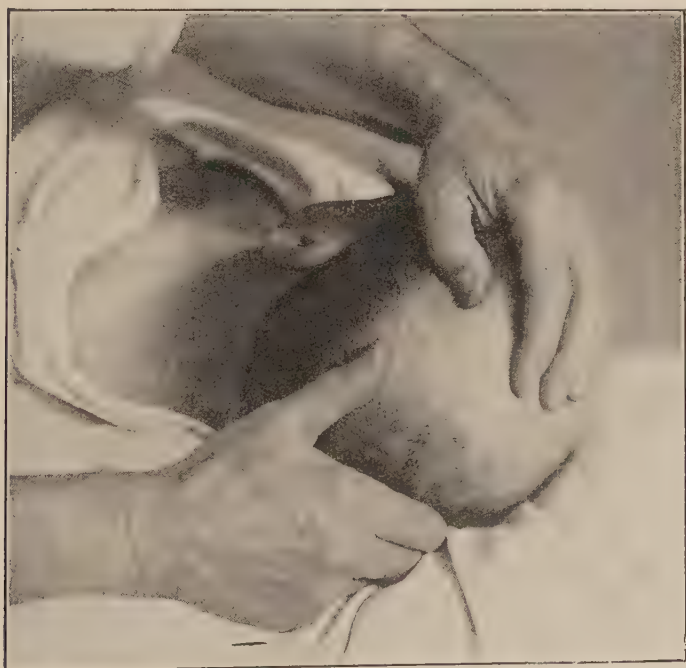


FIG. 6. — Exploration du crâne. — Palper de la voûte du crâne, par les doigts infléchis d'avant en arrière; par le bord externe du pouce, de bas en haut.

négligée, et vous vous trouvez en présence d'un abcès, assez volumineux parfois, et dont la cause reste inconnue. — Ils peuvent se présenter en tous les points du crâne, ces abcès, et, par leur siège, devenir déconcertants : abcès du front; abcès de la ligne sagittale, en relief médian; abcès de la région pariétale basse, voisins de l'oreille; abcès occipitaux (adéno-phlegmons sous-occipitaux, quelquefois), voisins de l'oreille, eux aussi, et dont la zone d'œdème périphérique recouvre la mastoïde et s'étend jusqu'au pli rétro-auriculaire. Si les accidents datent de peu, songez, avant tout, à l'abcès lymphangitique banal.

Ces abcès péri-craniens pourront, d'ailleurs, procéder de l'os, mais l'éventualité se réalise beaucoup moins fréquemment; et, de plus, les abcès ostéitiques se signalent presque toujours par des accidents beaucoup plus accusés que les abcès des parties molles : acuité et permanence des douleurs; céphalée, méningisme. *L'ostéomyélite* est propre aux enfants, jusqu'à 14 ou 15 ans : elle est rare, et d'une gravité particulière. Mais, à tous les âges, et surtout chez les jeunes, on voit des ostéites aiguës du crâne survenir à la suite des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde, des grandes infections viscérales.

Il y a aussi des ostéites traumatiques, et parfois tardives ; contusion du crâne, petit hématome, méconnu ou négligé, petite fracture méconnue; au bout de plusieurs semaines, une infection accidentelle du cuir chevelu se propage au foyer : ostéite, abcès.

Je veux rappeler encore les abcès qui saillent au-dessous d'une cicatrice cranienne ou au niveau d'une perte de substance de la voûte, à la suite d'un traumatisme ancien du crâne, et surtout d'une plaie par arme à feu. Les exemples se sont multipliés pendant et après la guerre.

En tout cas, lors de ces abcès circonscrits et saillants, si l'origine est à discuter, le diagnostic proprement dit est simple et n'exige pas d'artifices particuliers d'examen. Il en est autrement dans les conditions que voici :

Une femme nous est adressée avec une vaste tuméfaction œdémateuse de la face latérale droite du crâne; l'œdème s'étend à la paupière supérieure, empiète sur la joue, se prolonge dans la région mastoïdienne; les accidents remontent à quelques jours seulement, et sont survenus en pleine santé. A l'examen de cette nappe épaisse, on ne trouve nulle part de fluctuation, mais la peau, lisse, blanche, rosée par places, est œdémateuse, et le « godet » s'accuse d'autant plus, qu'on descend vers l'arcade zygomatique et l'oreille. C'est là, sur le bord supérieur de l'arcade, qu'en déprimant, on provoque une douleur aiguë, et que l'on reconnaît, dans la profondeur, une épaisse masse infiltrée. L'incision verticale, perpendiculaire à l'arcade, donna issue, après que le muscle temporal eût été traversé, à une abondante

collection suppurée, occupant tout le plan sous-musculaire, et se prolongeant, en bas, vers l'articulation temporo-maxillaire. La guérison se fit, au bout d'un temps suffisant de drainage déclive. Il s'agissait, suivant toute vraisemblance, d'une suppuration « lymphangitique », consécutive à une infection locale, accidentelle, mais qui s'était développée profondément, sous le muscle, au contact de l'os.

Eh! bien, il est utile d'appeler l'attention sur ces **phlegmons de la région temporo-pariétale profonde**, phlegmons par diffusion, qui



FIG. 7. — Examen du pli rétro-auriculaire et de l'apophyse mastoïde.

peuvent affecter l'origine banale, signalée tout à l'heure, se développer dans un foyer de contusion latérale du crâne, secondairement infecté, ou encore procéder d'une ostéite aiguë (voy. plus haut). Quoi qu'il en soit, pour les reconnaître et les inciser de bonne heure, on accordera le meilleur crédit au *palper déclive*, au-dessus de l'arcade zygomatique; la douleur, l'infiltration profonde, le gros œdème, relevés à ce niveau, seront des indices suffisants pour intervenir.

Ici, comme en toute autre région (et les exemples ne manqueront pas), lors d'un foyer inflammatoire profond, fébrile, douloureux, la relève d'un œdème superficiel est un signe presque certain de suppuration. Au crâne, vous apprécierez, en mainte circonstance, également, la valeur démonstrative de cet œdème, en particulier, *au front*, dans les régions sus-orbitaires, où l'on devra toujours penser à la *sinusite frontale*; — à la *région mastoïdienne*.

Sans insister sur l'exploration de l'oreille, je voudrais signaler la

figure 7; la conque est reportée en avant, pour découvrir le pli rétro-auriculaire, et le pouce gauche exerce une série de pressions sur la mastoïde. Le pli est net et normal; il sera effacé, soulevé par une nappe d'œdème ou de suppuration, dans l'*otite périostique, superficielle*; il reste intact, d'ordinaire, dans la *mastoïdite*, et c'est la douleur locale, recherchée comme figure 7, qui deviendra le meilleur signe de diagnostic précoce. Siège-t-elle tout à la pointe, et sous la pointe, vous devrez penser à la *mastoïdite de Bezold* et à la suppuration cervicale profonde, dont elle est souvent l'origine (voy. *Cou*, p. 58).

TUMEURS DU CRANE

J'entends ici ce mot de tumeurs au sens clinique et morphologique : *tout ce qui saille, tout ce qui « fait bosse » à la surface du crâne, et j'ajoute, dont l'évolution ne procède pas d'un traumatisme récent, et ne se départ pas de l'allure chronique.*

Un bon examen primitif, à l'œil et aux doigts, sert grandement, si l'on sait se remémorer d'avance à quelles éventualités l'on peut avoir affaire.

Il y a des « bosses » du cuir chevelu, **péricraniennes**; des « bosses », qui procèdent du **crâne osseux**, ou encore de la **région endocranienne**, et font relief en dehors, à travers une perforation.

Voilà une première, et capitale, distinction à faire, et c'est au palper mobilisateur qu'il faudra demander la réponse.

Il arrive qu'on soit informé tout de suite, au premier aspect, au moindre contact, et, en particulier, lors des **kystes sébacés**, des « loupes ». Leur multiplicité fréquente serait encore, s'il le fallait, un appoint au diagnostic.

Mais on rencontre parfois de grosses loupes médianes, suppurées, fluctuantes, qui semblent « tenir » au crâne, et qui conduisent aisément à une tout autre interprétation (abcès ostéitique aigu; abcès froid « échauffé »; kyste congénital); on en voit d'autres, sur les côtés surtout, assez petites, peu convexes, à peu près fixes, qui ne revêtent, non plus, aucune des apparences coutumières.

Encadrez bien, du pouce et des doigts, la base de la tumeur, cherchez à « passer dessous », à la soulever, à la faire glisser « en bloc » : vous n'obtiendrez pas toujours des résultats frappants, mais des éléments d'appréciation, qui vous serviront.

N'oubliez pas, toutefois, que certaines loupes, chez les gens âgés, deviennent épithéliomateuses, et adhérentes au crâne. Bien que cette dégénérescence soit loin d'être rare, je ne crois pas qu'il faille l'admettre, sans bénéfice d'inventaire, en présence des loupes affaissées, épaisses, plissées, presque immobiles, dont nous parlions

tout à l'heure : ces kystes sébacés du cuir chevelu s'infectent, s'ouvrent, se vident en partie, quelquefois, puis ils se referment, et restent le siège d'une sorte de phlegmon chronique : j'ai enlevé, à plusieurs reprises, de ces tumeurs dures, fixes, qui avaient fait penser au cancer : je n'ai trouvé qu'une vieille paroi kystique, épaisse et fibreuse, presque sans contenu, et l'examen histologique n'a montré aucune ébauche de dégénérescence. La loupe « cancérisée », elle, prend très vite un aspect particulier : elle s'indure en masse, devient bosselée, s'ulcère, saigne, et vous verrez des épithéliomas plus ou moins vastes du cuir chevelu qui n'ont pas d'autre origine : nous y reviendrons plus loin.

Au cuir chevelu comme en toute autre région, la peau ne se plisse pas librement à la surface d'un kyste sébacé : elle adhère en quelques points, elle « tient » un peu. Recherchez ce signe dans les tumeurs épicroaniennes ; il est parfois malaisé à préciser, dans les très grosses tumeurs ; mais, presque toujours, il aidera au diagnostic.

S'il faut penser d'abord au kyste sébacé, on se souviendra, en effet, qu'on peut trouver aussi le **lipome**, au cuir chevelu, au front (bosse frontale : lipome du chapeau), lipome sous-cutané, proéminent, lipome sous-aponévrotique, de la région pariétale. Il y a de ces lipomes superficiels, si mous et diffluent, qu'ils ont toute l'apparence de poches liquides ; abcès froid, kyste sébacé, ramolli et suppuré, lipome : ce n'est parfois que sur des « nuances » d'exploration que l'on finit par « choisir », et le choix devra toujours s'entourer de réserve, car on se trompe souvent.

Il ne faut pas oublier, non plus, les **kystes congénitaux**, lorsque la tumeur occupe la *ligne médiane* du crâne : kystes dermoïdes de la glabelle, médio-frontaux, de la région bregmatique (fontanelle antérieure), de l'inion. Leur contenu n'est pas toujours « dermoïde », au sens courant du mot : il peut être clair, limpide, séreux ou séro-sanguin. Ces kystes sont toujours en connexion avec le crâne osseux : la connexion se réalise, dans certains cas, par une adhérence large ou par la communication de la poche péricranienne avec une autre poche, endocranienne ; mais, ailleurs, elle est plus étroite et plus lâche, sans jamais permettre, toutefois, une mobilité complète. Et je rappelle encore la *hernie cérébrale* congénitale, la **méninocèle**.

Une autre tumeur péricranienne peut se présenter enfin, bien qu'elle soit rare : **tumeur vasculaire**, angiome, anévrysme cirsoïde. Lorsqu'elle est volumineuse, la dilatation des vaisseaux périphériques, les battements, l'expansion dont elle est le siège, en révèlent aisément la nature ; la question clinique est parfois autrement difficile, lorsqu'on se trouve en présence d'une masse angiomateuse localisée,

que rien ne dénonce, à première vue, et qui peut même être ponctionnée ou incisée, sur un diagnostic erroné et hâtif. On gardera le souvenir de ces erreurs, toujours déconcertantes, parfois dangereuses. — Regardez bien le cuir chevelu, à la surface de ces tumeurs suspectes : vous y trouverez parfois des bosselures variqueuses, des taches vasculaires, qui attirent l'attention ; ailleurs il sera grisâtre, plissé, verruqueux ; sous le cuir chevelu, vous sentirez une masse plus ou moins dépressible, qui se réduit et se vide en partie sous les doigts, en laissant une sorte de feutrage. Songez alors à la tumeur vasculaire. Rappelez-vous, chez les enfants, l'angiome caverneux de la grande fontanelle.

Mais voici autre chose. La « bosse » saillante, au front, à la région temporale antérieure, sur la ligne médiane, aux parties latérales du crâne, à la région occipitale, **émerge** manifestement du **crâne osseux** ; elle fait corps avec lui ; elle soulève le péricrâne, lui adhère parfois, mais l'origine profonde, crânienne ou sous-cranienne, n'est pas douteuse. A quoi faut-il penser ?

Palpez-la bien, cette tumeur ; rendez-vous compte de sa consistance, de sa surface, de son mode d'attache crânienne :

I. Elle est dure comme de l'os, dans certains cas exceptionnels, bosselée, réellement osseuse : exostoses, ostéome, tout ce qu'on voudra ; presque toujours, c'est de la **syphilis**, et de la syphilis incurable. Et le diagnostic se confirme encore, lorsque les « exostoses » sont multiples ; trop heureux, quand de pareilles proliférations osseuses, développées à la face interne du crâne, ne provoquent pas d'accidents cérébraux graves. Je noterai seulement que des ostéomes de ce genre, moins proéminents, toutefois, et figurant plutôt une sorte de voussure localisée, peuvent être d'*origine traumatique*, et succéder à une fracture de la voûte, comme ils succèdent à certaines fractures des membres.

II. Plus souvent, la tumeur, sans avoir la consistance osseuse, est ferme, compacte, un peu molle par places, indurée, ossifiée peut-être, en d'autres points.

Avant tout, songez encore à la *syphilis*, et faites faire, avant de conclure, la réaction démonstrative. J'ai le souvenir récent d'une femme, qui nous était envoyée avec une énorme tumeur de la moitié droite du front, une femme amaigrie, pâle, presque cachectique. On avait pensé à un sarcome ; j'étais tout prêt à admettre cette hypothèse : la réaction de Bordet-Wassermann fut positive, et, au bout de trois mois de traitement, tout avait disparu.

Après la syphilis, il faut penser au **sarcome**, et là, deux séries de faits sont à distinguer. — Il y a des *sarcomes des os du crâne*, nés dans

la paroi crânienne, et qui peuvent se développer en dehors ou en dedans, ou des deux côtés à la fois; il y a des *sarcomes péri-duréliens* (c'est le fungus de la dure-mère, et je m'en tiens cliniquement au terme de sarcome, sans insister sur les variétés histologiques signalées), qui perforent la voûte osseuse, et se développent au dehors.

Ils créent parfois d'énormes tumeurs; voyez (fig. 8) le crâne d'un soldat que j'opérai à l'hôpital Villemin; une masse plus grosse que le poing, occupait la région pariétale gauche; elle était ferme, indolente, presque mobile; l'homme n'avait jamais souffert; il avait laissé croître avec indifférence, cette « corne » colossale. J'extirpai la tumeur sans peine, et je trouvai, dessous, une large perforation crânienne: cet orifice agrandi, j'eus à libérer et à extraire une large nappe néoplasique péri-durélienne; la dure-mère semblait indemne. Une



FIG. 8. — *Sarcome péri-durélien; perforation du crâne; relief extérieur.*

guérison, fort simple, fut suivie, au bout de six mois, d'une récurrence, qui, très vite, reproduisit le volume de la tumeur primitive. Je pratiquai une nouvelle ablation, suivie de radiothérapie; rien n'entrava une seconde récurrence, dure-mérienne, celle-là, et compliquée d'accidents cérébraux graves, auxquels le malade succomba deux ans après.

J'ai vu pareille évolution chez la femme représentée figure 9: cette fois encore, l'énucléation de la grosse tumeur péricrânienne conduisit sur une large perte de substance de la paroi crânienne, et, en dessous, sur une masse néoplasique péri-durélienne: la récurrence ne tarda pas, mais, cette fois, la radiothérapie fut très efficace.

J'ajouterai que ces *sarcomes péri-duréliens perforants* ne se présentent pas toujours sous la forme de grosses tumeurs: chez un médecin de soixante-cinq ans, on relève une petite masse molle, un peu dépressible, grosse comme une noix, sur le trajet de la ligne

sagittale; quelques douleurs locales, quelques céphalées. On se met en devoir d'extirper cette masse périeranienne, de nature mal précisée, d'ailleurs : on tombe dans un tissu blanchâtre, friable, et qui saigne, et l'on constate, non sans surprise, qu'il émerge d'une perforation sous-jacente du crâne : devant l'hémorragie, on se contente d'un curettage, et l'on referme. La tumeur reparait et grossit ; on relève manifestement, à son pourtour, le rebord d'une perte de substance du crâne. Cette fois, l'introduction de trois aiguilles radifères fut suivie d'un résultat frappant : tout avait disparu au bout de deux mois.

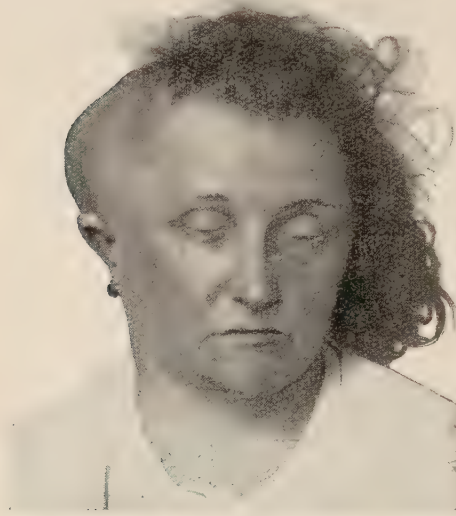


FIG. 9. — Sarcome péri-dure-mérien, perforant.

Il y a lieu, enfin, de soulever l'hypothèse de la **tuberculose** : bloc tuberculeux, non ramolli encore, ou ramolli seulement par places.

III. Ailleurs, vous reconnaissez une tumeur adhérente au crâne, mais nettement **fluctuante** : kyste, abcès ? — *Abcès froid*, souvent d'origine crânienne, et sous lequel vous découvrirez des lésions insoupçonnées de la paroi osseuse ; ici, comme au thorax, comme au bassin, l'abcès superficiel devra tou-

jours faire augurer l'abcès profond, sous-pariétal, en dehors même de toute réaction fonctionnelle, et le crâne devra être taraudé, pour voir dessous. — *Gomme ramollie*, fluctuante ; — kyste hydatique, kyste dermoïde : ce sont des raretés. — Enfin, éventualité banale, pour laquelle il faut toujours garder une arrière-pensée, vieil hématome, vieux kyste sébacé suppuré, largement adhérent au crâne nous retrouverons ailleurs d'autres exemples de ces cas — limites, que l'examen, même le plus soigneux, est impuissant à nettement préciser.

Devant ces tumeurs fluctuantes, liquides, l'exploration devra rechercher, non seulement la connexion crânienne, mais la *réductibilité*, partielle ou totale, qui dénonce le diverticule profond, et qu'il ne faut pas confondre avec l'affaissement sur place, — et saillie périphérique, — de certaines de ces tumeurs liquides, peu tendues.

Il arrive encore que la tumeur crânienne ne soit pas saillante, circonscrite, compacte ou fluctuante ; mais que vous ayez à relever une **large voussure**, frontale ou latérale. Les mêmes interprétations

sont à discuter : un homme d'une quarantaine d'années, très pâle et amaigri, se présente avec une intumescence de la moitié latérale droite du crâne, allant de l'apophyse orbitaire externe à l'occipital, et, de la ligne sagittale à l'apophyse zygomatique, à l'oreille, à la région mastoïdienne. Cette intumescence est continue, sans relief localisé; en appliquant la main gauche, au pôle postérieur, et en percutant, du bout de l'index, au pôle antérieur, on perçoit une vibration transmise des plus nettes; le cuir chevelu est soulevé par une vaste collection liquide, trop tendue pour être fluctuante.

L'évolution antérieure, la préexistence d'abcès, qui s'étaient vidés, fistulisés pour un temps, en laissant, au pourtour de la zone temporo-pariétale, des cicatrices caractéristiques, tous les traits cliniques accusaient la suppuration froide, par tuberculose osseuse. Effectivement, une incision cruciale à longues branches élimina une quantité considérable de pus, et découvrit un pariétal, entièrement dénudé, ainsi que l'écaille du temporal, blanc, nécrosé, isolé par places, ailleurs infiltré de fongosités, qui, en le traversant, se développaient en nappe diffuse, sur ses deux faces. Excision et curage. — L'avenir nous paraissait fort sombre; il fut beaucoup plus heureux que nous n'avions pensé : au bout de trois mois, et après deux interventions complémentaires, l'énorme décollement se combla, la peau reprit racine, la cicatrisation s'acheva, pendant que l'état général s'améliorait singulièrement.

Bien entendu, il n'y a rien là de définitif, mais le bénéfice de l'intervention n'en est pas moins frappant; et, de plus, il est intéressant de signaler cet exemple de tuberculose « vaste » du crâne, sans accidents cérébraux, et *nettement limitée à la paroi extra-durémérienne*. — On retrouve des faits analogues d'ostéite syphilitique.

Je voudrais dire un mot, avant de finir, des **ulcérations et des fistules** du crâne.

L'ulcération peut être d'origine *traumatique*, et siéger au centre d'une plaie, avec perte de substance ou sphacèle, dont les bords ne peuvent être amenés à coaptation par le processus cicatriciel. La nature et la pathogénie s'en manifestent alors, à première vue. Toutefois, ne manquez pas d'explorer toujours la mobilité du cuir chevelu, au pourtour de l'ulcération; explorez-la, en appliquant les doigts, de chaque côté, à distance, sur la convexité du crâne, et en les rapprochant, « sans quitter le crâne ». Vous sentirez alors si « cela glisse », et c'est là, toujours, une notion de valeur.

Explorez, par le même procédé, les autres ulcérations qui peuvent s'observer à la surface crânienne : ulcérations *syphilitiques*, *tuberculeuses*, *néoplasiques*.

Cette dernière variété peut revêtir l'un ou l'autre des deux aspects que voici : *ulcération en nappe*, extensive en surface et non en profon-

deur, et occupant une zone plus ou moins large du front, des régions pariéto-temporales et occipitales : *ulcère cratériforme*, de bords éversés, durs, saignants, absolument fixes, et qui se prolonge dans l'épaisseur de la paroi crânienne sous-jacente : c'est, assez souvent, un épithélioma du cuir chevelu, développé, ou non, dans un vieux kyste sébacé, et propagé au crâne osseux.

Quant aux **fistules**, une seule remarque : même si l'orifice est unique, étroit, et donne peu, il y a toujours « quelque chose », un foyer, dans la profondeur, qui « entretient » la fistule, et qu'il faut rechercher, par le palper minutieux (adhérence, cordonnets, point douloureux), par le stylet, par l'examen radiographique. Ce foyer originel pourra être *péricranien* : kyste sébacé fistulisé, kyste congénital fistulisé (ligne médiane); il pourra être *osseux* : séquestre consécutif à un traumatisme, ancien parfois, et oublié; tuberculose localisée; syphilis.

Sans insister, ces quelques notions permettront de « s'orienter ».

FACE

TRAUMATISMES

Traumatisme de la face : chute, coups.... Le blessé se présente sous un aspect lamentable : il saigne, la barbe est infiltrée de sang, les paupières tuméfiées. Ce n'est rien, peut-être : regardez et explorez.

Pensez toujours *au crâne*, d'abord : l'état de « commotion », de commotion vraie, avec perte de connaissance, inertie des membres. dilatation pupillaire, est impressionnant : il ne démontre rien, toutefois, à lui seul, et s'observe dans certaines contusions violentes de la face, sans lésions crâniennes proprement dites; mais alors, il dure peu.

Déterminez soigneusement la face, examinez-la, tout en réfléchissant aux « éventualités traumatiques », devant lesquelles vous pouvez vous trouver.

Les lésions sont parfois *limitées aux parties molles* : plaies contuses, plus ou moins irrégulières et décollées; plaies des paupières, du nez, des lèvres, du menton¹.

Ce qui importe, avant tout, ce sont les *lésions profondes osseuses*; cherchez-les :

Fractures des os du nez : déformation, dépression, relief sur le bord supérieur de l'auvent nasal; crépitation, mobilité, obtenues en fixant la racine du nez entre le pouce et l'index gauches, et en faisant agir, d'un côté à l'autre, plus bas, le pouce et l'index droits.

Fractures du massif maxillaire supérieur. — Explorez d'abord les contours superficiels du massif : le rebord orbitaire inférieur : la fosse canine; l'os malaire et ses prolongements : apophyse orbitaire externe, apophyse zygomatique; cherchez le point douloureux fixe. l'irrégularité de surface, la dépressibilité locale : c'est à la radiogra-

¹. Rappelons ici les « faces noires », sans traumatisme direct, le *masque ecchymotique*, consécutif aux brusques compressions du thorax.

phie qu'il faudra naturellement demander confirmation de ces données premières, mais elles seront toujours utiles à préciser, en déprimant la peau œdématisée et l'infiltration sanguine. — Quelquefois, cette dépression des parties molles vous révélera de la *crépitation gazeuse*, et vous pourrez même observer une *voussure emphysémateuse*, qui s'accroît et se tend, lorsque le blessé tousse, occupe le devant de la joue, et se diffuse en arrière, vers l'oreille, en haut, vers la tempe, à la paupière inférieure; ces « tumeurs gazeuses » se développent sou-

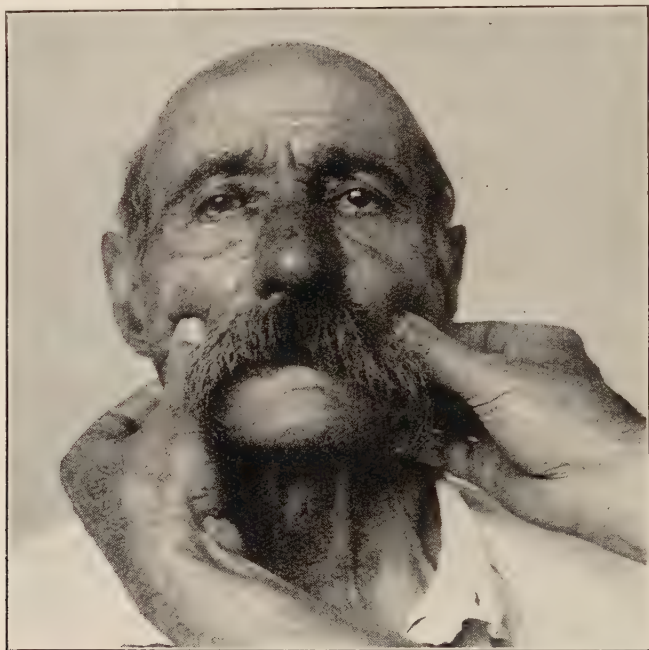


FIG. 10. — Exploration, aux pouces, des deux os maxillaires.

vent dans les heures qui suivent l'accident, mais, quel qu'en soit le volume, elles n'ont pas, d'ordinaire, de gravité réelle, et se résorbent ultérieurement. Toutefois, qu'il y ait voussure emphysémateuse ou simple crépitation gazeuse sans relief, le fait démontre une fracture intéressant la paroi du sinus maxillaire¹.

Vous pourrez constater encore un aplatissement, une sorte d'enfoncement de l'os malaire, et il sera toujours indiqué de comparer les deux reliefs (fig. 10).

Mais cette exploration périphérique ne suffit pas. Y a-t-il fracture du corps même du maxillaire supérieur, et, en particulier, a-t-on

1. On trouve encore de semblables suffusions gazeuses sous-cutanées dans certaines fractures des os du nez.

affaire à cette *fracture transversale, sous-malaire, bilatérale*, qui porte le nom d'Alphonse Guérin?

Il arrive que, dans certains « grands traumatismes », la face soit traversée d'une large fente, et que vous aperceviez, par l'hiatus béant, le sinus maxillaire ouvert, et la portion buccale de l'un des maxillaires, ou des deux, distante de la portion orbitaire. Il arrive aussi, que, par la bouche, au fond du pli gingivo-génien, la muqueuse soit fendue irrégulièrement et découvre le trait de fracture.

L'examen est plus complexe, lorsqu'il n'y a pas de plaie, cutanée ou muqueuse, pas d'écartement ni de déplacement notable.

Il faut alors procéder à un examen méthodique, *par la face, par la bouche*, par les deux voies combinées.

Par la face, recherchez les deux malaires, et au-dessous, comprimez transversalement (fig. 10).

Par la bouche, introduisez le pouce et l'index droits, sous la lèvre inférieure, au fond du sillon gingivo-génien, suivez ce sillon d'avant en arrière, jusqu'à en-



FIG. 11. — Exploration de la face latérale de l'arrière-bouche. Apophyse ptérygoïde; piliers; amygdale; paroi pharyngée.

cadrer le bord postérieur du maxillaire, et comprimez également, à mesure que vous progressez; s'il y a fracture, il est rare que vous ne découvriez pas quelque bosse sanguine, un point douloureux, fixe.

Introduisez l'index dans la bouche, à la face interne des arcades dentaires; suivez-les, débordez-les en franchissant le pilier antérieur; comprimez alors, de dedans en dehors, sur le plan osseux, dur, latéral (fig. 11) : c'est l'apophyse ptérygoïde : un point douloureux net, à ce niveau, serait d'une particulière signification.

Enfin, saisissez les deux malaires, par la face, entre le pouce et les doigts gauches; par la bouche, introduisez le pouce et l'index droits, et encadrez le segment déclive, buccal, du maxillaire : dès lors, vous pourrez chercher à le mobiliser transversalement.

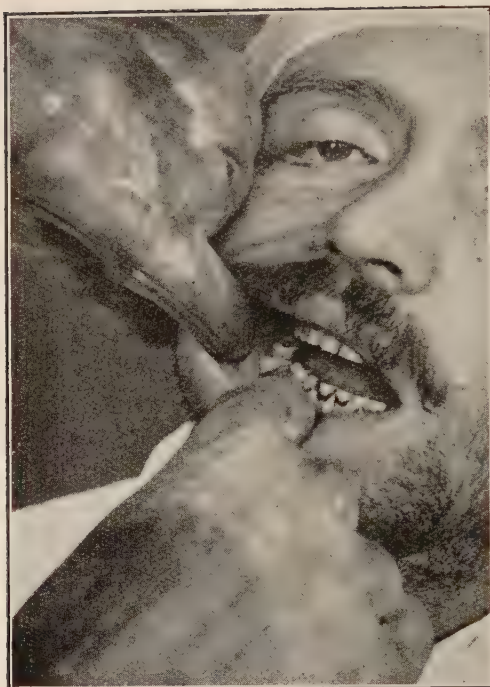


FIG. 12. — Exploration de la mâchoire inférieure (fracture). — Inspection de « l'articulé », bouche ouverte, lèvre inférieure éversée ; une dent saillante, une fente.

moindre examen ; elle peut être, du reste, *bilatérale*, avec chute et rétraction en arrière du fragment intermédiaire. — Mais, assez souvent aussi, il faut « y penser », et la rechercher avec soin : les fractures méconnues ne sont pas exceptionnelles ; elles se traduisent plus tard — parfois, trop tard — par une irrégularité de la surface

Fractures du maxillaire inférieur. — Faites ouvrir la bouche, et suivez le bord libre de l'arcade dentaire, en éversant la lèvre inférieure, comme le montre la figure 12 ; vous verrez le plus souvent une dent qui fait heurt sur « l'articulé », et, au même niveau, vous apercevrez une déhiscence osseuse. et la muqueuse déchirée. En relevant le segment abaissé de l'arcade, vous aurez la mobilité, et même la crépitation.

Assez souvent, la fracture du maxillaire inférieur se reconnaît au

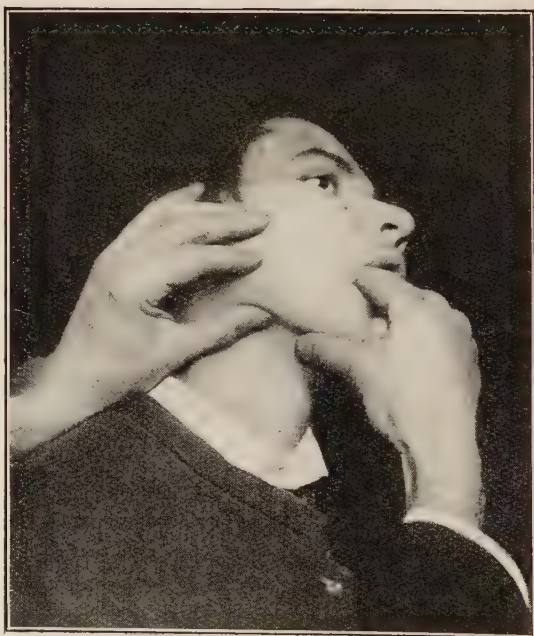


FIG. 13. — Exploration de la mâchoire inférieure (fracture). — Recherche de la mobilité.

triturante et une gêne fonctionnelle plus ou moins accusée. Les manœuvres suivantes sont toujours recommandables :

Examiner d'abord, minutieusement, l'« articulé » dentaire, et la muqueuse gingivo-génienne (fig. 12) ;

Chercher la mobilité, comme le montre la figure 13 ;

Introduire et faire glisser les pouces dans les plis gingivo-géniens inférieurs, pendant que les doigts enveloppent et calent les deux angles de la mâchoire (fig. 14). Vous « tenez », de la sorte, entre vos deux mains, l'arc du maxillaire et la branche montante.

Pour les fractures de l'angle, de la branche montante, le palper sous-angulaire bilatéral (fig. 15) fournira aussi d'utiles données.

Il ne faut pas oublier les fractures du condyle, au-devant du tragus, on reconnaît une douleur locale et une dépression, et, plus haut, le condyle à sa

place, qui « ne bouge plus », lorsqu'on mobilise la mâchoire. Ne manquez pas d'explorer encore le condyle, avec un doigt introduit dans l'oreille.

Quant à l'apophyse coronoïde, elle est accessible en dehors, au palper sous-malaire (fig. 10), par la bouche (fig. 11) ; on pourra, par ces deux voies, lors de fracture, d'ailleurs exceptionnelle, découvrir une douleur locale, et même un sillon inter-fragmentaire ; mais on n'y comptera pas trop (radiographie).

Les traumatismes juxta-articulaires, et l'arthrite temporo-maxillaire, qui leur succède, deviennent parfois l'origine de la *constriction permanente des mâchoires*, par ankylose, fibreuse ou osseuse. Je rappelle seulement qu'elle doit être distinguée de la constriction cicatri-

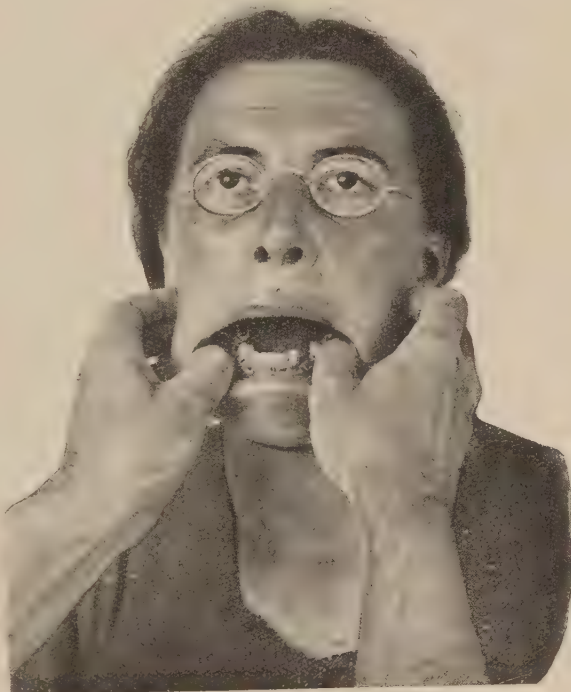


FIG. 14. — Exploration de la mâchoire inférieure (fracture). — L'arc mandibulaire, les angles, les branches montantes sont encadrées avec les deux mains.

cielle, et le palper intra-buccal, représenté figure 11, permet d'explorer les brides muqueuses rétractées.

Quelques mots, seulement sur la **luxation de la mâchoire inférieure** : bouche ouverte, et qui ne peut plus se fermer ; saillie en avant

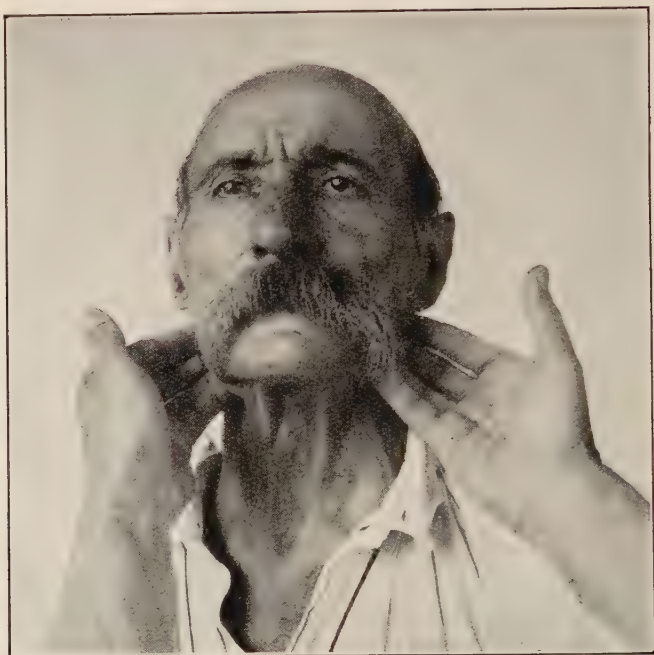


FIG. 15. — Exploration de la mâchoire inférieure (fracture).
Palper sous-angulaire bilatéral.

de l'arcade dentaire inférieure ; dépression au-devant du conduit auditif externe, et condyle déplacé. L'exploration de la figure 14 est très utile. Lors de luxation unilatérale, le menton est dévié du côté sain.

PHLEGMONS ET ABCÈS

Vous verrez des collections suppurées, aux régions *sus-orbitaires*, à la *paupière inférieure*, à l'*angle interne de l'œil* ; leur siège est souvent caractéristique ; nous y reviendrons plus loin (voy. *Tumeurs*).

C'est de la bouche, de la muqueuse bucco-pharyngienne, que procède le plus souvent l'infection originelle, dans les abcès chauds de la face : c'est dans la bouche et le pharynx, ou dans les zones lymphatiques correspondantes, qu'on les rencontre. Et la formule, pour simpliste qu'elle paraisse, vaut d'être retenue : elle commande de toujours « inventorier » la bouche et son contenu, et de traiter la bouche, pendant qu'on traite l'abcès.

Je ne ferai que rappeler les différents types de **phlegmons et d'abcès péri-maxillaires** : explorez toujours **par la bouche et par le cou**; par la bouche, en suivant du doigt le pli gingivo-génien.

Il est rempli par une voussure, plus ou moins tendue et douloureuse, dans la **périostite suppurée alvéolo-dentaire**; le relief superficiel se dessine surtout au-dessus de la branche horizontale de la mâchoire; il y a du trismus. Je rappellerai qu'il est toujours bon de palper également la *face interne* du maxillaire, et le plancher adja-



FIG. 16. — Gros adéno-phlegmon sous-maxillaire.

cent : on trouve parfois un autre abcès sous-muqueux, en dedans de la mâchoire; et, d'autre part, lors d'accidents relevant de la dent de sagesse, le palper du vestibule doit être conduit le plus loin possible en arrière, car il arrive que la suppuration sous-périostique s'étende à la région amygdalienne, à la paroi latérale du pharynx : l'exploration, représentée figure 11, est alors tout indiquée.

Le pli gingivo-génien est libre, dans l'**adéno-phlegmon sous-maxillaire** typique; le gonflement prédomine au cou, sous la mâchoire (fig. 16); le trismus manque souvent, ou n'est pas accentué. Vous verrez aussi l'**adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire** — et l'**adéno-phlegmon sous-mental**.

Ce sont les deux formes classiques; à lire certaines descriptions « traditionnelles » on les dirait séparées par une cloison étanche; n'en croyez rien. Elles s'associent parfois, et, pour bien interpréter la

question du diagnostic, il faut la prendre au point de vue pratique : *phlegmon péri-maxillaire, d'origine alvéolo-dentaire; où est le pus? De quel côté inciser?*

Cherchez par la bouche, d'abord; vous ne trouvez rien : c'est par le cou qu'il y a lieu d'agir, sur la saillie rougeâtre, *œdémateuse*, non fluctuante le plus souvent — et vous n'attendrez jamais la fluctuation : l'œdème suffit à témoigner de l'abcès profond. — Vous trouvez une « bosse » fluctuante dans le pli gingivo-génien ; incisez-la ; périostite suppurée, c'est entendu ; attendez un jour ou deux ; la voussure cervicale, sous-maxillaire, ne s'affaisse pas ; elle reste tendue, rouge, œdémateuse : incisez-la, elle aussi ; adéno-phlegmon sous-maxillaire combiné.

A signaler encore, l'**adéno-phlegmon pré-auriculaire** et certains **adéno-phlegmons parotidiens**, qui simulent, à première vue, la parotidite, mais qui, pourtant, dessinent un relief plus circonscrit, que l'inflammation diffuse de la glande.

Et je rappelle ici cette **parotidite**, d'origine buccale, elle aussi, puisque ce sont les agents septiques de la bouche qui créent l'infection glandulaire, quelles que soient les causes locales ou générales, qui aient conditionné leur accroissement de virulence. La forme de la tuméfaction, qui se dessine en voussure verticale derrière la branche montante, le siège de la douleur, sont alors caractéristiques.

Complétez l'examen par la manœuvre suivante : faites ouvrir la bouche, écarter la joue, et regardez la face interne au niveau de la racine de la deuxième grosse molaire supérieure, pendant que vous comprimez, par le dehors, d'arrière en avant, du tragus à la commissure labiale (direction du canal de Sténon) : vous verrez parfois une goutte, plusieurs gouttes, un petit jet de pus, sourdre sur la muqueuse. C'est la preuve de la suppuration parotidienne ; mais cela démontre aussi que le canal de Sténon est libre, que la supuration est encore intrá-canaliculaire, et encore curable, sans que la formation d'un abcès parenchymateux nécessite une incision externe.

Par la bouche et dans le pharynx, vous aurez à reconnaître, non seulement les abcès périostiques du maxillaire inférieur, mais une série d'autres collections suppurées, dont quelques-unes commandent des explorations particulières.

A la mâchoire supérieure, vous trouverez aussi des *abcès périostiques* : il y en a de très volumineux, qui font relief à la joue, et qui se présentent comme figure 21.

L'inspection, avec l'abaisse-langue, suffit, en général, à dénoncer les abcès **amygdaliens** et les abcès **rétro-pharyngiens** ; toutefois, dans certains cas, la bouche s'ouvre mal, et c'est alors que l'exploration au doigt, suivant la technique représentée figure 11, sera

encore très précieuse : l'index droit, ganté, est introduit doucement, progressivement, le plus loin possible, pendant que les doigts gauches maintiennent la nuque, et que le pouce gauche s'arc-boute sous l'angle du maxillaire : de la sorte, vous palpez la paroi latérale du pharynx, et vous pénétrez jusqu'à la paroi postérieure.

Ailleurs vous pourrez pratiquer le toucher direct, d'avant en arrière, dont nous reparlerons plus loin (p. 52).

Je signale seulement les abcès de la **langue**, en particulier ceux qui siègent à la jonction de la portion horizontale et de la portion verticale (ils sont rares, d'ailleurs) : grosse bosse médiane, qui remplit le fond de la bouche, et qu'il faut résolument ponctionner au bistouri, sans attendre une fluctuation, toujours tardive et malaisée à préciser.

Enfin, les abcès du **plancher de la bouche** — et ceux-là ne sont pas très rares — font saillie sous la langue, et, d'autre part, à la région sous-mentale; et, pour les reconnaître, c'est à l'exploration aux deux doigts (fig. 17) qu'il faut toujours recourir. Ne vous attendez pas, du reste, à percevoir une fluctuation nette; vous trouvez une grosse masse profonde, douloureuse, avec œdème de la muqueuse et de la peau : c'en est assez; incisez par la région sus-hyoïdienne médiane.

Hâtez-vous, car la suppuration et l'œdème progressent vite; et, d'ailleurs, en cette région, vous pourrez avoir affaire à une autre affection, autrement grave, le **phlegmon diffus sus-hyoïdien**.

L'extension rapide du gonflement, qui comble l'arc du maxillaire, la consistance molle qu'il donne au doigt, et surtout les signes d'infection générale (pâleur, abattement, fréquence et petitesse du pouls, très haute ou très basse température, dyspnée toxique) devront tout de suite attirer l'attention sur cette infection terrible, c'est le mot propre, et dont une intervention aussi hâtive que large pourra seule triompher.

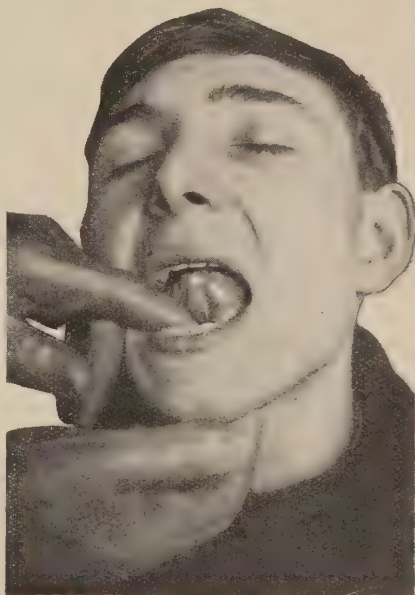


FIG. 17. — Abscès du plancher de la bouche. — Exploration par le plancher et par la région sous-mentale.

TUMEURS

Le terme est toujours pris dans le sens général indiqué plus haut (voy. *Crâne*, p. 10), et je crois utile de procéder par régions.

RÉGIONS SUS-ORBITAIRES ET PÉRI-ORBITAIRES

Petite tumeur ronde, tendue, bien limitée, du **tiers externe du sourcil** : songez au **kyste dermoïde**.

Vous verrez de petites tumeurs analogues à l'extrémité interne du

sourcil, sur le côté de la racine du nez : ce seront aussi, parfois, des kystes congénitaux, de contenu dermoïde, mucoïde ou séreux.

Mais on n'oubliera pas le *kyste sébacé* pur et simple, le *lipome*, l'*abcès froid* d'origine osseuse, la *sinusite frontale*.

A l'angle interne de l'œil, voyez (fig. 18) le relief caractéristique de la **dacryocystite chronique**.



FIG. 18. — *Dacryocystite chronique*.

Au niveau du rebord orbitaire inférieur fusent d'ordinaire les épanchements liquides de l'orbite, en infiltrant et soulevant la paupière : épanchements sanguins traumatiques (ecchymose palpébro-conjonctivale inférieure, qui descend sur la joue); abcès chauds, précédés et accompagnés le plus souvent d'un gros oedème rouge de la paupière et de la joue; abcès froids.

Il convient donc de savoir *explorer ce pourtour péri-orbitaire* interne, en faisant pénétrer le bout de l'index entre le globe et le rebord osseux : on pénètre assez loin, si l'on procède avec douceur, en suivant la surface osseuse, et l'on peut reconnaître ainsi les collections liquides dont nous parlions, ou même les prolongements antérieurs de certaines autres tumeurs de l'orbite.

L'exophtalmie unilatérale signale assez souvent ces collections ou ces tumeurs profondes de l'orbite. Lorsque l'œil proéminent est animé de battements, perceptibles à l'inspection oblique et au palper, on



FIG. 19. — Epithélioma de l'orbite, étendu aux paupières et à la tempe.

devra penser à l'anévrysme artério-veineux de la carotide et du sinus caverneux (**exophtalmos pulsatile**).

Enfin l'**épithélioma de l'orbite**, étendu aux paupières et à la région péri-palpébrale, pourra se présenter comme figure 19.

A LA JOUE

Regardez les figures 20, 21, 23. — « A quoi penser », devant *cette bosse qui saille, sur le devant de la joue*? On voit de grosses périostites suppurées de la mâchoire supérieure, qui revêtent pareil aspect, mais il y a de la douleur, de la rougeur, de la fièvre, et l'infection date de peu. Ici, le processus est chronique, indolent, d'origine lointaine, souvent indéterminée.

Kyste ou abcès du sinus maxillaire ; — abcès froid ; — sarcome ; — gomme ; telles sont les hypothèses qui se présentent ; ajoutons-y celle qui s'était réalisée chez la malade représentée figure 20 : gros **épithélioma de la muqueuse génienne soulevant la joue**.

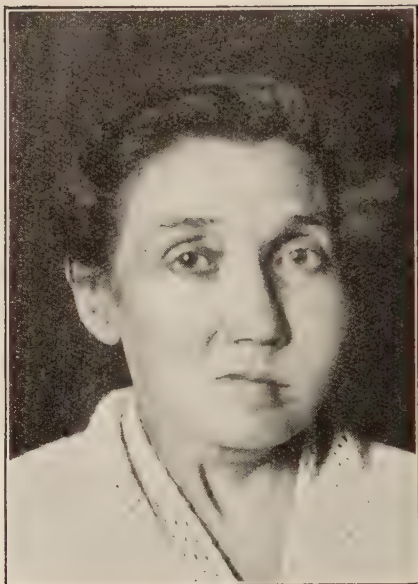


FIG. 20. — Gros épithélioma de la muqueuse génienne, faisant relief à la joue.

l'abcès froid ou à la gomme. C'était une gomme de la joue, dans le cas représenté figure 21 : la masse se mobilisait et glissait librement sur le maxillaire, et l'index, par le vestibule, passait au-dessous d'elle, et, sans pouvoir remonter jusqu'à son pôle supérieur, car elle était volumineuse et encombrante, donnait nettement l'impression qu'elle se déplaçait en bloc, de dedans

L'exploration devra toujours être combinée, et se faire par la bouche et par la face. — La tumeur tient-elle au maxillaire supérieur, et comment? Par une large implantation fixe, qui arrête le doigt glissé sous la lèvre, et qu'on ne peut contourner? Par une étroite surface d'applique et d'adhérence, qui se laisse même déplacer et mobiliser un peu? — Est-elle intra-génienne, sans adhérence, sans attache profonde?

Dans ce dernier cas, vous aurez affaire le plus souvent à



FIG. 21. — Gomme de la joue.

en dehors; elle était molle, non fluctuante: la réaction spécifique fut positive, et le traitement efficace.

Même si la fluctuation est manifeste, et que l'abcès froid paraisse démontré, on n'acceptera jamais la démonstration que sous bénéfice de « réaction ».

Les *abcès froids* peuvent être réellement intra-génien : ils naissent peut-être dans ces ganglions génien, dont nous reparlerons tout à l'heure. Ne manquez pas, toutefois, d'examiner avec grand soin la face interne de



FIG. 22. — *Abscès dentaire chronique de la joue.*

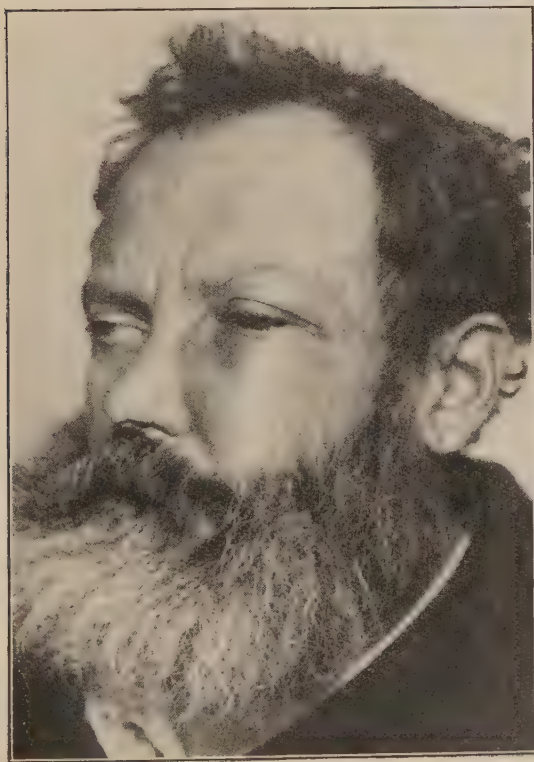


FIG. 23. — *Sarcome du maxillaire supérieur gauche.*

la joue : ces adhérences circonscrites, étroites, que nous rappellerons plus haut, traduiront parfois un trajet maxillo-génien, qui vous conduira, l'incision faite, sur un foyer de tuberculose osseuse.

Enfin n'oubliez pas l'*abcès dentaire de la joue*. Voyez la figure 22 : abcès intra-génien, datant d'un an et demi, d'allure indolente et froide, qui s'est fistulisé plusieurs fois. N'est-ce pas un type d'adénopathie tuberculeuse génienne? On l'opère comme tel (excision, curage); il réci-

dive. A quelque temps de là, on procède à l'extraction de la première grosse molaire, dont l'une des racines est dénudée et nécrosée :

l'abcès de la joue guérit seul, et la guérison est, cette fois, définitive.

A noter encore les rarétés : le *lipome*, la *tumeur angiomateuse*, que sa consistance particulière, et parfois les taches vasculaires de la peau dénonceront, le *lymphangiome*.



FIG. 24. — *Epithélioma du maxillaire supérieur droit.*

Si la tumeur émerge nettement du maxillaire, et que le palper vestibulaire vous le démontre, vous devez d'abord penser au **kyste** ou à l'**abcès du sinus maxillaire**.

Le **sarcome** ne donne pas au doigt cette sensation de tumeur enkystée, que l'on relève dans

ces deux derniers cas : il figure une masse irrégulière, plus ou moins bosselée, ferme, immédiatement sous-jacente à la muqueuse, et lui adhérent parfois. Il peut acquérir un très gros volume, s'étendre au nez, à la voûte palatine, à l'orbite (voy. l'œil, fig. 23), ou se développer au dehors en énorme protubérance, recouverte d'une peau amincie et ulcérée.



FIG. 25. — *Polype naso-pharyngien.*
Vue latérale de la face.

Toutefois, à côté du sarcome, une place est à faire à l'*épithélioma du maxillaire supérieur*, et l'aspect clinique n'est pas le même, le plus souvent. Voyez la figure 24 et les bosselures multiples, adhérentes à la peau : c'était un épithélioma, non encore ulcéré : plus tard, il se produit une série d'ulcérations cratériformes,

à bords indurés, saignants, et de tout autre caractère que les ulcérations cutanées, par distension, du sarcome.

Enfin voyez la différence d'aspect de ces grosses joues néoplasiques et de l'autre type, représenté figures 25 et 26 : cette fois, c'est un énorme **polype naso-pharyngien**, qui s'est diffusé dans le sinus maxillaire et dans l'orbite.



FIG. 26. — *Polype naso-pharyngien.* — Vue antérieure de la face.

A LA PARTIE POSTÉRIEURE DE LA JOUE, DANS LA RÉGION PRÉ-AURICULAIRE ET PAROTIDIENNE, vous verrez d'autres tumeurs : *au-devant de l'oreille*, des abcès froids, qui siègent souvent, sans doute, dans le ganglion pré-auriculaire; des lipomes; des tumeurs, plus ou moins mobiles, compactes ou kystiques, nées de la parotide accessoire; — en dessous et en arrière, **les tumeurs de la parotide**.

Il y a des raretés, qu'il faut connaître : kystes salivaires, angiomes, lymphangiomes. N'y pensez guère; ce que vous verrez le plus souvent ce sont les trois types « parotidiens » que voici :

a) **Tumeurs circonscrites**, apparemment mobiles, de la face superficielle ou de la base : kystes, fibromes, petites tumeurs mixtes; ne vous fiez pas trop à cette mobilité apparente, vous serez souvent con-



FIG. 27. — *Exploration d'un petit noyau parotidien.*

duits, au cours de l'intervention, à empiéter largement sur la glande; en tout cas, l'exploration représentée figure 27 sera souvent très utile.

b) **Grosse tumeur**, émergeant de toute la hauteur de la glande, et dessinant au dehors un relief, sphéroïde ou en forme de cône tronqué (fig. 28), énorme parfois. La consistance n'en est pas indurée, mais

inéegale, ferme par places, plus molle, kystique, en d'autres points; la texture en est, effectivement, des plus complexes, en général (tumeurs mixtes). Il en est, qui, très volumineuses, n'en restent pas moins, des années, indolentes et sans réaction fonctionnelle; d'autres — elles sont plus rares — se compliquent, à une certaine date de leur évolution, de *paralysie faciale* (fig. 29). Méfiez-vous; la lésion du nerf n'accuse pas seulement l'extension du néoplasme en



FIG. 28. — Grosse tumeur mixte de la parotide droite, indolente, sans paralysie faciale, datant de dix ans.

profondeur et la compression mécanique, mais elle révèle d'ordinaire une transformation de nature, une prédominance de l'élément épithélial : « cela tourne au cancer ».

c) La paralysie faciale est, en effet, un accident fréquent et précoce dans le **cancer**, l'épithélioma, **de la parotide**, et l'aspect est, en général, tout autre (voy. fig. 30) : la glande est souvent peu saillante, adhérente à la peau, de surface plissée, mâchurée, fixe, immobile, et d'une induration caractéristique. Mauvais cas, s'il en fût !

Quant à la **paralysie faciale**, quelle qu'en soit l'origine, il sera toujours bon de s'assurer qu'elle porte sur les deux branches périphériques du nerf, et, pour cela, de recourir à l'exploration représentée figure 31.



FIG. 29. — Tumeur mixte de la parotide gauche, et paralysie faciale.



FIG. 30. — Epithélioma de la parotide droite, et paralysie faciale.

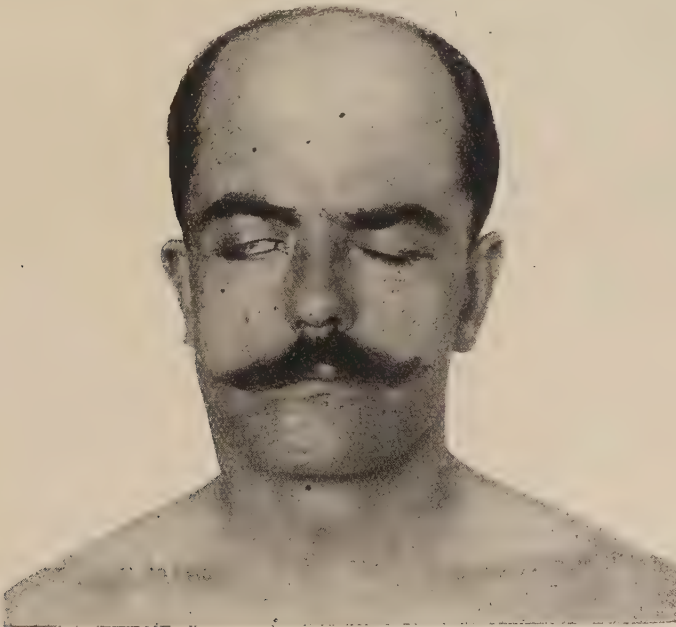


FIG. 31. — Paralysie faciale, droite, totale. — Le sujet ferme les yeux; l'œil droit ne se ferme qu'incomplètement.

RÉGION MANDIBULAIRE INFÉRIEURE

Regardez les figures 33 et 34. Qu'est-ce que c'est? Quelles hypothèses soulever, d'emblée, à part soi, et qui serviront de directives à l'examen?

Nous avons parlé plus haut des abcès périostiques : vous verrez de vieilles **ostéo-périostites** du maxillaire inférieur, avec un os épaissi et une volumineuse gangue inflammatoire, tout autour, qui simuleront, à première vue, une tumeur, un **sarcome**, ou même un **épithélioma**; et le diagnostic ne prendra, parfois, de l'assurance, qu'à un examen

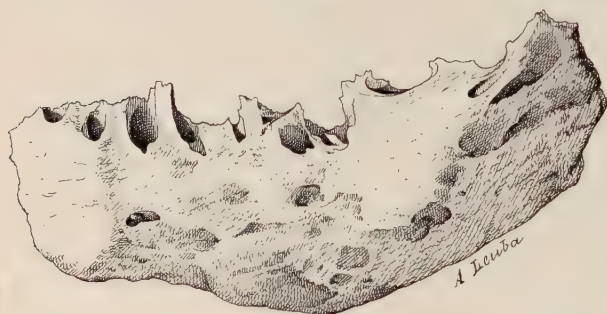


FIG. 32. -- Syphilis du maxillaire inférieur. — Séquestre comprenant toute la moitié du maxillaire.

prolongé et répété. C'est par la bouche que vous en recueillerez les éléments : vous trouverez du pus, des trajets fistuleux dans le pli gingivo-génien : et, par un trajet, vous pénétrerez jusqu'à l'os dénudé, sonore, nécrosé;

souvent, vous aurez d'autres fistules à la peau, qui vous conduiront aussi sur de l'os nécrosé, et l'interprétation en sera facilitée.

Il y a de ces ostéo-périostites chroniques fistuleuses, qui éveillent l'idée de la tuberculose, d'autant plus que l'infection consécutive en revêt souvent les apparences; on fera bien, toutefois, de ne point admettre trop vite l'hypothèse tuberculeuse, surtout si l'exploration dénonce des séquestres compacts, durs, assez larges; vous verrez guérir complètement, à la suite de débridements et d'excisions osseuses, suffisantes, telle ou telle de ces formes suspectes d'ostéite chronique fistuleuse.

On n'oubliera jamais non plus la **syphilis**, dans les cas de ce genre; la demi-mâchoire, représentée figure 32, épaissie, irrégulière, creusée de géodes multiples, était en état de nécrose totale, et, détachée à son pourtour et à ses extrémités, baignait dans une nappe de pus; elle fut extraite, à la pince, par une fistule élargie. C'était une ostéite syphilitique, datant de plusieurs années, rebelle à tout traitement, et qui, par la suppuration continue et l'infection chronique, avait finalement créé un état général des plus alarmants. L'élimination de cet énorme séquestre fut suivie d'une guérison rapide.

Si l'ostéo-périostite chronique ni la syphilis ne sont en cause, il y aura lieu de penser au néoplasme :

Au **sarcome**, parfois très volumineux et proéminent, et qu'il faut étudier, et surtout délimiter, par les deux voies combinées. Siège-t-il sur une des branches horizontales, vous aurez, en explorant par le dehors, par le vestibule, par la bouche et le plancher, à en reconnaître l'extension, en dedans (du côté du plancher), en dehors, en arrière (vers l'angle), en avant, du côté de la symphyse. Se prolonge-t-il jusqu'à la symphyse? La déborde-t-il, pour empiéter sur l'autre branche horizontale? Question des plus importantes, pour les indications et le pronostic opératoires.

D'autres sarcomes se développent d'emblée dans la **branche montante**. Ils se présentent d'abord sous forme d'un épaissement diffus de la région massétérine, qu'on peut attribuer à une périostite chronique, ascendante, d'origine dentaire; toutefois, si vous recherchez le bord antérieur de la branche au fond du vestibule, vous le trouverez enveloppé d'un magma épais, ferme, qui se con-



FIG. 33. — Ostéome du maxillaire inférieur.

inue sur la face externe; et si, faisant ouvrir la bouche, vous palpez la paroi latérale de l'arrière-bouche, vous sentirez souvent une masse profonde, qui saille de ce côté. — Sarcomes graves, s'il en fût, car ils ont tendance à s'infiltrer progressivement en dedans, surtout s'ils sont indolents, que le malade tarde à se présenter, et que le diagnostic soit d'abord hésitant;

A l'**épithélioma**, consécutif à un cancer des lèvres, de la joue, de la langue, du plancher de la bouche, ou né primitivement dans le maxillaire (*épithélioma térébrant*). L'aspect n'est plus le même : le néoplasme débute le plus souvent au bord alvéolaire, les dents tombent, une série d'ulcérations se montrent, dures, profondes, saignantes; le maxillaire s'épaissit irrégulièrement, et l'infiltration se diffuse à la

joue, au plancher; très vite, les ganglions sous-maxillaires « se prennent »;



FIG. 34. — Kyste multiloculaire adamantin du maxillaire inférieur.

auparavant, d'un kyste multiloculaire; la récive s'était faite, depuis



FIG. 35. — Kyste multiloculaire adamantin du maxillaire inférieur. La branche horizontale gauche réséquée.

Aux raretés, l'ostéome (fig. 33), le myxome, le chondrome;

Aux tumeurs d'origine dentaire. Gros kystes uniloculaires, saillant à la face externe du maxillaire, et développés d'ordinaire au-dessous d'une dent cariée; — gros kystes multiloculaires, associés à l'épithélioma adamantin, ou récidivant sous cette forme.

La figure 34 représente un type de cette variété de néoplasmes, d'origine dentaire. Par le vestibule, la tumeur apparaissait comme une grosse masse kystique, ferme et compacte, en arrière et en bas. J'avais opéré la malade, dix ans

deux ou trois ans, peu à peu, sans douleur. Le diagnostic d'adamantinome secondaire semblait s'imposer: il se vérifia à l'examen de la pièce, après résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur (fig. 35 et

36). La guérison eût lieu simplement, et j'ajoute les deux figures 37 et 38 pour montrer: 1° que la déformation extérieure n'est nulle-

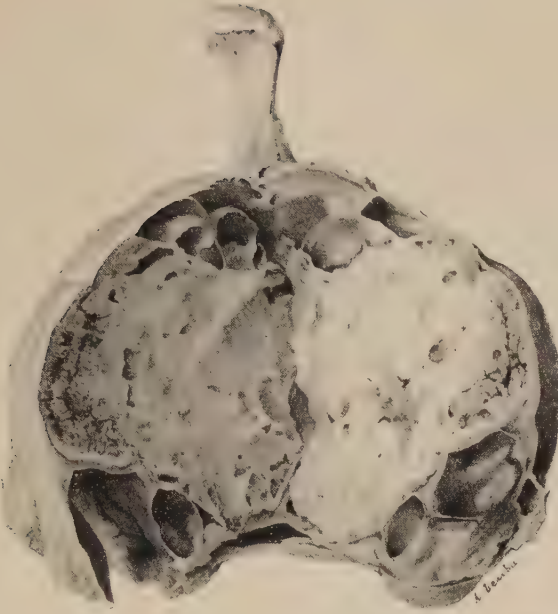


FIG. 36. — Kyste multiloculaire adamantin du maxillaire inférieur. — Coupe de la tumeur : masse épithéliomateuse centrale et kystes périphériques.

tout indiquée et trouve d'excellentes conditions.

A côté de ces tumeurs kystiques et de ces épithéliomas adamantins, il y a lieu de rappeler les tumeurs dures — dures comme des ostéomes — également d'origine dentaire : je veux parler des **odontomes**, inclus dans le maxillaire inférieur. Ils siègent au niveau des grosses molaires; leur relief, plus ou moins volumineux, s'accuse sur les deux faces du maxillaire, en dehors et en dedans; une dent manque, plusieurs dents parfois. La

ment considérable dans les premiers mois qui suivent ces résections (fig. 37); elle s'accuse plus tard, par le fait des rétractions progressives; — 2° que la remise en place, complète, de la moitié restante du maxillaire et le rétablissement intégral de l'articulé dentaire s'exécutent aisément à cette période initiale, si la cicatrisation a pu s'achever rapidement et sans suppuration (fig. 38). La prothèse immédiate est alors



FIG. 37. — Résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur pour kyste adamantin. — Cicatrisation.



FIG. 38. — Résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur pour kyste adamantin. — Remise en place, facile et complète, de la moitié restante du maxillaire.



FIG. 39.
Epithélioma de la paupière inférieure.

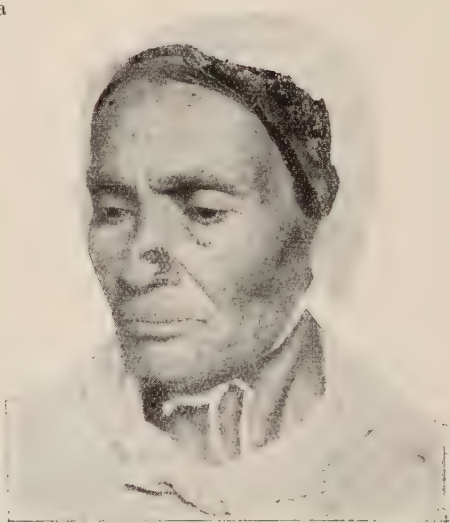


FIG. 40.
Epithélioma de l'aile du nez.

tumeur remonte au temps qui a précédé l'achèvement de la dentition; souvent, on n'en sait rien, et c'est l'absence d'une ou de plusieurs molaires, qui devrait surtout attirer l'attention (Voy. plus loin, p. 46, les *odontômes coronaires et radiculaires*).

Enfin, je signalerai l'*actinomycose*, que nous ne voyons guère : ulcéreuse et fistuleuse, elle prête mieux au diagnostic; mais la forme centrale, néoplasique, de Poncet, ressemble de près à l'ostéo-sarcome, ou à telle ou telle des tumeurs précédentes.

Jusqu'ici nous avons affaire à des tumeurs profondes; je voudrais signaler maintenant les tumeurs superficielles, les **ÉPITHÉLIOMAS**

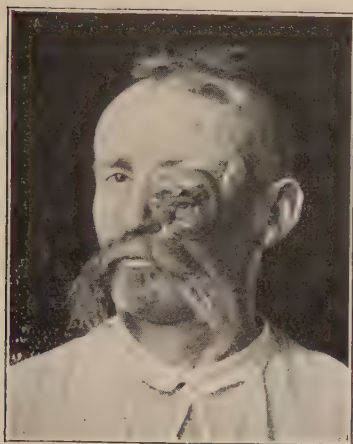


FIG. 41. — Epithélioma des deux paupières, de la joue et de la tempe.

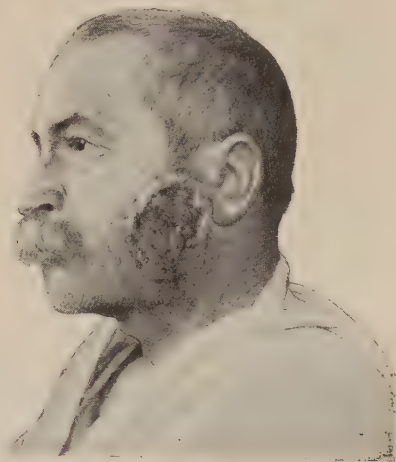


FIG. 42. — Epithélioma de la région parotidienne.

CUTANÉS, fréquents à la **face**, et qui en peuvent occuper toutes les régions. Exemples :

Fig. 39 : épithélioma de la *paupière inférieure*, longtemps confondu avec un simple ectropion;

Fig. 40 : épithélioma de l'*aile du nez*, cancroïde cutané; après excision, la perte de substance fut immédiatement recouverte par un greffon de peau; résultat durable.

Fig. 41 : épithélioma des *deux paupières, de la joue, et de la tempe*; l'œil était fermé, mais indemne;

Fig. 42 : épithélioma de la *région parotidienne*, qu'on réussissait à déplacer suffisamment, pour reconnaître qu'il ne « tenait » pas à la glande.

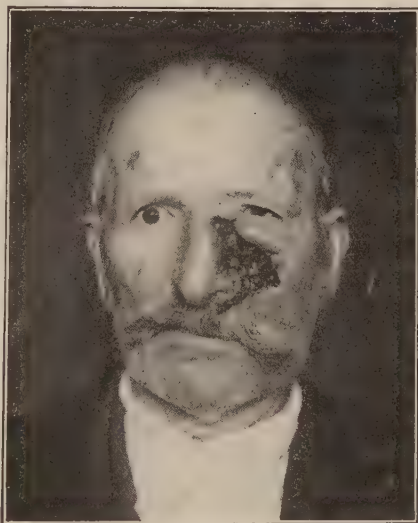


FIG. 43. — Epithélioma térébrant de la joue, ayant envahi le sinus maxillaire.

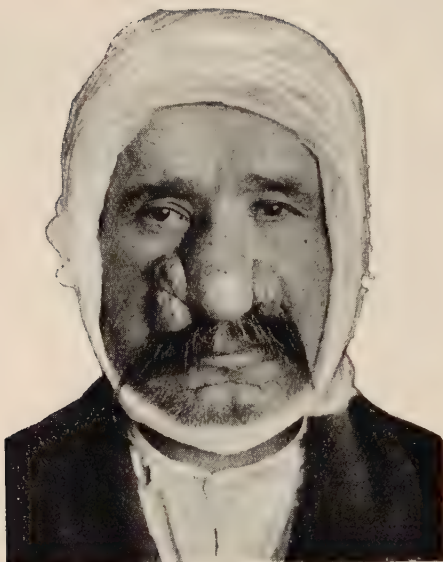


Fig. 44. — Rhinophyma.

Ce qui s'impose avant tout, en pareil cas, c'est de s'assurer du siège cutané, de la mobilité de la plaque ulcérée, et cette recherche de la mobilité devient d'autant plus malaisée, que l'ulcération est plus large. Et, d'ailleurs, à une certaine période, tard, le plus souvent, ces épithéliomas cutanés peuvent adhérer — et se propager — au plan profond, au sinus maxillaire, devenir « térébrants » (fig. 43).

CAVITÉS DE LA FACE, NEZ, ORIFICE BUCCAL, BOUCHE ET PHARYNX

LE NEZ. — Figure 44 : il s'agit d'un *rhinophyma*,

qui fut excisé par décortication.

Mais ce gros nez, vous le reverrez (à part les deux bosselures adjacentes aux narines), lors de **polypes muqueux** volumineux, confluents, et récidivants. Vous examinerez le nez (examen préliminaire, d'urgence, qui devra toujours être suivi des examens spéciaux nécessaires) : 1° par le dehors : la forme, les bosselures, les inflexions brusques (*coudure à la racine, d'origine syphilitique*); la consistance, celle des narines, celle de l'auvent osseux; 2° par les narines, en relevant le lobule.



FIG. 45. — Bec-de-lièvre simple.

LES LÈVRES ET L'ORIFICE BUCCAL. — Re-

gardez toujours, la bouche fermée, si les deux commissures sont sur le même plan.

Je rappelle seulement :

1° Le **bec-de-lièvre**, en donnant deux exemples (fig. 45 et 46);

Je n'ai pas besoin de dire qu'il faut toujours examiner le palais et le voile;

2° Certaines déformations des lèvres; d'origine traumatique : voyez l'**ectropion**, cicatriciel, de la lèvre inférieure, après brûlure, représenté figure 47;

3° Les **tumeurs bénignes**. On ne les examine bien que par la face muqueuse, en éversant la lèvre.

Voyez (fig. 48) cette bosse arrondie qui soulève la lèvre supérieure, en avant



FIG. 46. — *Bec-de-lièvre bilatéral, avec saillie du lobe médian.*



FIG. 47. — *Ectropion cicatriciel de la lèvre inférieure, après brûlure.*

de la commissure; elle était plus saillante encore du côté interne, où la muqueuse glissait sur elle, comme la peau, en dehors; sphéroïde, bien circonscrite, mobile, elle ressemblait à un kyste : c'était, en réalité, un *fibroadénome*. — Mais vous verrez des *kystes* de semblable aspect, surtout à la lèvre inférieure, et qui, précisément, s'accuseront, si vous éversez la lèvre, par la translucidité de leur paroi.

Bien entendu,

vous devez toujours penser à l'*angiome*, devant une « tumeur » labiale.



FIG. 48. — Fibro-adénome de la lèvre supérieure.

(du moins, en apparence), pendant des mois, même des années; ailleurs, il creuse, il s'étend latéralement, il détruit peu à peu la lèvre, et vous constatez ce que montre la figure 50.

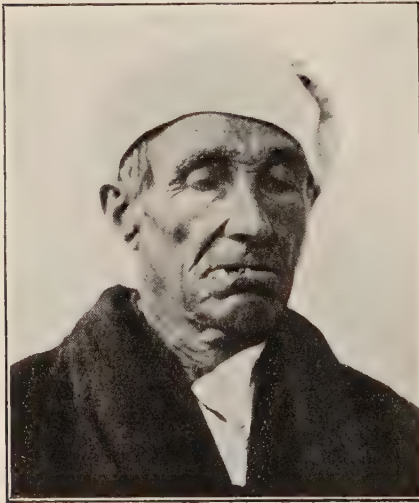


FIG. 49. — Cancroïde de la lèvre inférieure.

Mais l'**ÉPITHÉLIOMA** est d'une fréquence particulière.

Voici (fig. 49) le *cancroïde* classique de la lèvre inférieure; cherchez jusqu'où s'étend l'induration, à la face externe, à la face muqueuse; cherchez les ganglions sous-maxillaires.

Le cancroïde peut rester stationnaire, latent

Mais, à côté de cette forme cancroïdale typique, il y a des épithéliomas, d'origine muqueuse, qui affectent une autre forme et une autre évolution. Voyez (fig. 51) cette masse rougeâtre, saignante, émergeant du rebord muqueux de la lèvre supérieure; en relevant la lèvre, on découvrirait une tumeur analogue à celle que représente la figure 52 (photographie prise dans un autre cas du même genre): une tumeur végétante, épithéliomateuse, implantée sur la muqueuse, et dont il faut

préciser les limites latérales et supérieures.

Le processus est le même Figure 53; mais l'épithélioma muqueux,

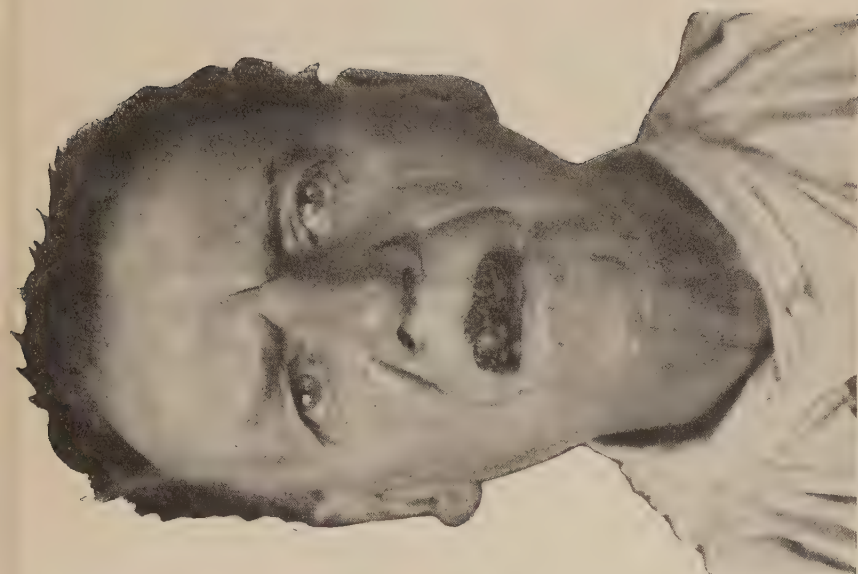


FIG. 51. — Epithélioma de la face muqueuse de la lèvre supérieure, faisant relief au dehors.

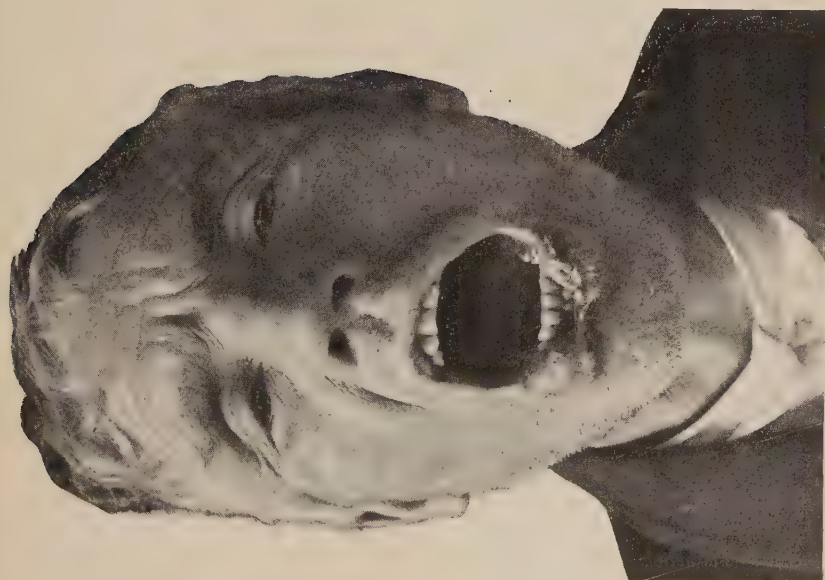


FIG. 50. — Destruction médiane, épithéliomateuse, de la lèvre inférieure.

né près de la commissure, se prolonge à la face interne de la joue.

Toutes formes graves, malgré l'apparence de localisation muqueuse et la décortication facile de ces nappes épithéliomateuses.



FIG. 52. — Epithélioma muqueux de la lèvre supérieure : relèvement de la lèvre pour l'examen.

LA BOUCHE. — Inspectez d'abord le vestibule, par l'éversement des lèvres, par la rétraction des joues en dehors; vous verrez parfois, à la face muqueuse, l'*ulcère simple*, au niveau d'une dent érodée et proéminente; des ulcérations suspectes, syphilitiques, néoplasiques qu'il faudra minutieusement analyser.

Explorez les **arcades dentaires**. La manœuvre, représentée figure 14, et qu'on répète à la mâchoire supérieure, permet de bien « s'orienter » dans le vestibule et le long des arcades.

Vous trouverez parfois, le long des arcades, appendue à la muqueuse

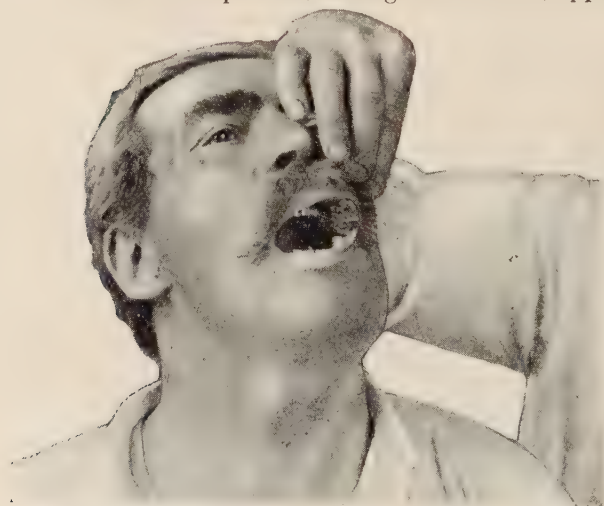


FIG. 53. — Epithélioma de la face interne de la joue : examen.

gingivale, et recouvrant une ou deux dents, une excroissance rougeâtre, convexe, un peu bosselée, grosse comme une cerise, comme une amande. C'est l'**épulis** (fig. 54). Fibrome; sarcome : le plus souvent il s'agit d'une tumeur à myéloplaxes, relativement bénigne, en somme, mais qui

n'en est pas moins un néoplasme; retenez ce premier fait, et retenez



FIG. 54. — *Epulis*.

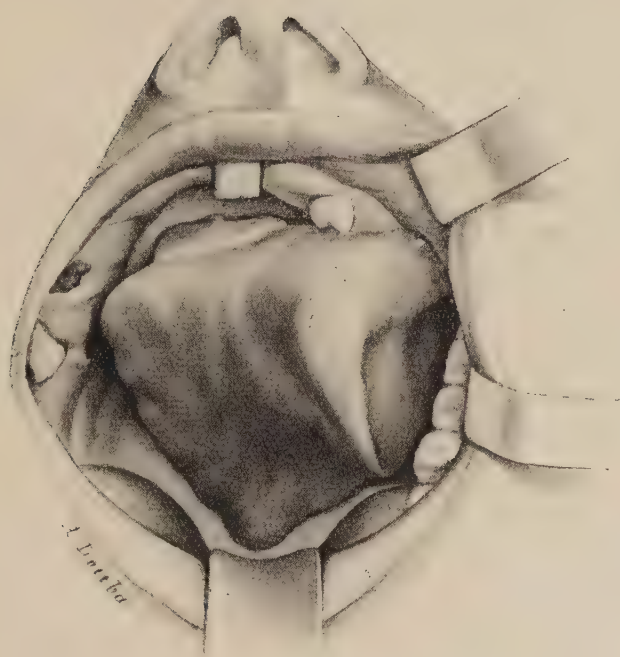


FIG. 55. — Énorme épulis ossifiée, développée en dedans de l'arcade, sous le palais.

encore, que, la petite tumeur émergeant, à première vue, de la gencive, procède, en réalité, de l'alvéole, et qu'il faut exciser et curetter l'alvéole, pour en pratiquer une ablation rationnelle.

On peut voir d'énormes épulis : la tumeur, représentée figure 55, en est un exemple. Indolente, elle s'était développée peu à peu, depuis une dizaine d'années; elle doublait le palais d'une épaisse voussure; elle était d'une dureté osseuse; et, si l'on en faisait le tour avec le doigt, on se rendait compte qu'elle ne « tenait », en réalité, que tout en dehors, au niveau de l'arcade dentaire. Effectivement, une rugine



FIG. 56. — Énorme épulis ossifiée. — A gauche, la tumeur extraite : la zone d'implantation à l'arcade; à droite, coupe de la tumeur ossifiée.

courbe, glissée sous le bord interne de la masse, permet de l'extraire, sans peine, en faisant sauter un segment du bord alvéolaire.

La tumeur (fig. 56) était presque totalement ossifiée; l'examen de la coque périphérique démontra le sarcome à myéloplaxes.

Aux arcades, il faut noter encore les **kystes dentaires, dentigères**, arrondis, saillants à la face externe du maxillaire, et dont la paroi est constituée par une lame osseuse mince, plus ou moins dépressible, qui manque parfois, si le kyste est volumineux. *Il y a une dent de moins sur l'arcade* : cette dent, elle est dans le kyste, plus ou moins déviée et déformée. Vous verrez encore des **odontomes coronaires**, petites tumeurs dures, verruqueuses, implantées sur le collet de la dent; et des **odontomes radiculaires**, qui, lorsqu'ils sont d'un certain volume, peuvent saillir hors de l'alvéole, mais s'implantent plus bas, à la racine.

Explorez la **langue**. Comment? Faites-la tirer, la bouche ouverte : voyez comment votre malade la tire, si elle sort librement, si elle ne dépasse qu'avec peine l'arcade dentaire inférieure, si elle reste fixe, intra-buccale; — voyez encore si la pointe émerge directement, en ligne droite, ou si elle se dévie latéralement : cette dernière anomalie, qui peut traduire une lésion nerveuse (hypoglossé), témoigne encore que la langue est fixée, sur un des côtés, par une tumeur, par des adhérences.

Examinez la face dorsale, les bords, la face inférieure, après relèvement de la pointe. Il est rare que cette première inspection, à l'œil, ne vous donne pas déjà quelque aperçu. Vous avez découvert une ulcération, une tumeur. Palpez maintenant; palpez la langue de haut en bas, palpez le plancher de la bouche (fig. 17), palpez les ganglions sous-mentaux, sous-maxillaires, carotidiens.

Ulcération latérale, de bords minces, sans base indurée : **simple**



FIG. 57. — *Epithélioma de la face dorsale de la langue.*

peut-être et d'origine dentaire; il arrive que la dent traumatisante et cariée dessine nettement son relief à la face interne de l'arcade; faites-la extraire, et voyez si l'ulcération se cicatrise.

Ulcération irrégulière, de bords décollés, violacés, parsemée de quelques nodules jaunâtres, parfois; très souvent, gros ganglions sous-maxillaires : **tuberculose**.

Ulcération récente, plus ou moins arrondie, de bords nets, de surface sanieuse, indurée, siégeant à la pointe; ganglions sous-mentaux, ou sous-maxillaires bilatéraux : **chancre induré**. — Ulcération profonde, cratériforme, de fond gris jaunâtre, siégeant d'ordinaire à la face dorsale; assez souvent, autres nodosités, incluses dans la langue; pas de ganglions : **gomme ulcérée**. — Je rappelle seulement les érosions superficielles, blanchâtres, des *plaques muqueuses*. Bien entendu, la

réaction spécifique est de nécessité, avant de conclure, et dans ces cas et dans les précédents.

Ulcération irrégulière, de bords durs, saignant au frottement, sous-tendue par une « induration » plus ou moins profonde; ganglions durs sous la mâchoire : c'est le **cancer** qui devient probable. Il est évident parfois, lorsque la tumeur ulcérée est large (fig. 37) et l'adénopathie caractéristique; il n'est que probable, dans certains cas.

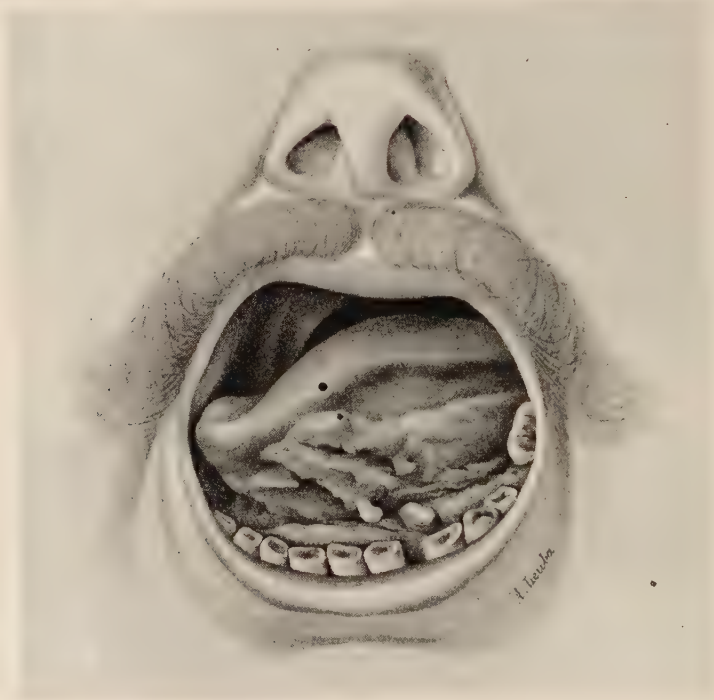


FIG. 58. — *Epithélioma primitif du plancher de la bouche.*

où les ganglions manquent ou se repèrent mal, où l'induration n'a rien de frappant. Là encore, dans ces formes imprécises, mixtes parfois, la réaction spécifique sera d'importance majeure.

Dans le cancer, il faut établir avant tout : *jusqu'où il s'étend en arrière* — s'il s'est *propagé au plancher*.

En abaissant la langue, en éclairant le fond de la bouche, vous vous renseignerez sur la première question; mais c'est le palper, qui vous fournira surtout des notions utiles, le palper profond, comme il est représenté figure 41. Cette figure a été prise chez une femme, qui présentait un épithélioma latéral droit du dos de la langue, étendu à la paroi latérale du pharynx.

J'ajoute que, par la même manœuvre, bien conduite, doucement, patiemment, à fond, vous pouvez encore rechercher les cancers profonds du *pli sous-amygdalien*, signalés par Demarquay, explorer les *cancers de l'amygdale*, et leurs propagations latéro-pharyngiennes, et déclives, vers le larynx.

Vous verrez aussi l'**épithélioma primitif du plancher** de la bouche (fig. 58), s'accusant au début par un noyau dur, rougeâtre, fixe, qu'on découvre, en faisant relever la langue : localisation néoplasique d'une gravité toujours très alarmante, et qui gagnerait à être reconnue de très bonne heure, avant qu'une plaque néoplasique épaisse, dure, rétractée n'ait envahi la plus grande partie de la région, adhéré plus ou moins largement à l'arc mandibulaire, et, doublée de ganglions, ne fasse relief à la région sus-hyoïdienne.

Quant au plancher, voyez comment la langue se soulève (fig. 58), palpez, et repérez les limites de l'induration, en arrière, vers la branche montante, en avant, vers l'arc du maxillaire, auquel elle peut adhérer.

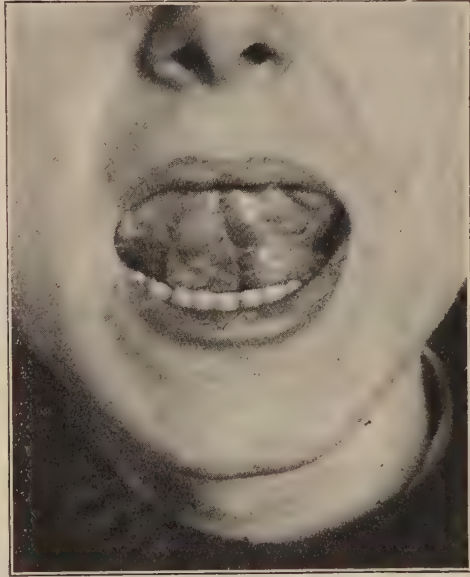


FIG. 59. — Grenouillette sublinguale.

Au plancher **de la bouche**, vous trouverez encore de tout autres tumeurs, et d'abord, une tumeur kystique, plus ou moins grosse (prune, châtaigne, œuf), qui soulève la langue ; elle est nettement unilatérale, ou, bridée par le frein, déborde la ligne médiane ; largement implantée, peu mobile, transparente, elle revêt d'ordinaire un aspect caractéristique : c'est la **grenouillette sublinguale** (fig. 59).

Ne manquez pas de l'explorer toujours, comme le montre la figure 17 ; non seulement vous vous rendrez compte, par ce double palper, de la forme, de la fluctuation ou de la rénitence du kyste, mais vous pourrez rechercher et délimiter, s'il y a lieu, le prolongement sus-hyoïdien.

La **grenouillette sus-hyoïdienne** peut être, en effet, tout entière développée sous la mâchoire, et dessiner au dehors un relief analogue à celui de la figure 60 ; mais, souvent aussi, il existe simultanément



FIG. 60. — Kyste dermoïde du plancher de la bouche ; prolongement sus-hyoïdien (Aspect de grenouillette sus-hyoïdienne).

Le *lipome*, l'*angiome* et certaines *tumeurs solides*, rares, du reste, nées des *glandes salivaires* (voy. *Cou*) peuvent encore se présenter, au plancher, avec des caractères assez semblables.

Explorez enfin la **fosse canine**, le **palais**, le **voile**, les **piliers**, les **amygdales**, les **parois latérales** et la **paroi postérieure du pharynx**.

C'est à la **fosse canine** que, lors de **sinusite maxillaire**, vous réveillerez une douleur aiguë et que vous reconnaîtrez une tuméfaction œdémateuse, parfois fluctuante ; vous ferez bien de porter l'index le plus haut possible,

une poche *sublinguale* et une poche *sus-hyoïdienne*, qui communiquent à travers le plan musculaire du plancher de la bouche (fig. 61).

On ne perdra pas de vue une autre hypothèse, plus rare, sans doute, mais qui se vérifia, au cours de l'intervention, chez la malade des figures 60 et 61 ; cette grenouillette à prolongement cervical était, en réalité, un **kyste dermoïde du plancher**. Nous aurons à réparer de ces kystes un peu plus loin (voy. *Cou*).



FIG. 61. — Kyste dermoïde du plancher de la bouche. Saillie sublinguale et saillie sus-hyoïdienne.

dans le pli gingivo-génien, pendant que les doigts de l'autre main palpent la joue, sous l'arcade orbitaire; vous explorerez, de la sorte, « tout le devant » du sinus.

Vous ferez bien, aussi, d'explorer le palais, en arrière de l'arcade dentaire supérieure (après revision des dents), pour y chercher de la douleur ou de l'œdème; vous ne trouverez, d'ordinaire, rien de plus.

Je n'insiste pas sur les autres modes d'examen, « spéciaux »; mais je tiens à rappeler également que c'est à l'inspection et au palper de la fosse canine qu'on découvre, assez souvent, les **tumeurs du sinus**, les *kystes*, les tumeurs malignes, *sarcomes*, *épithéliomes*. J'ai opéré trois gros kystes du sinus maxillaire, qui dessinaient, à la joue, un relief semblable à celui de la figure 21; en relevant la lèvre supérieure, on voyait émerger du maxillaire une « bosse » convexe, régulière, dépressible par places, avec une sorte de crépitation (crépitation parcheminée). — La proéminence est d'un autre aspect, compacte, souvent bosselée, lors de tumeurs malignes, et c'est alors que l'on trouve parfois le palais lui-même aminci, érodé, saillant.

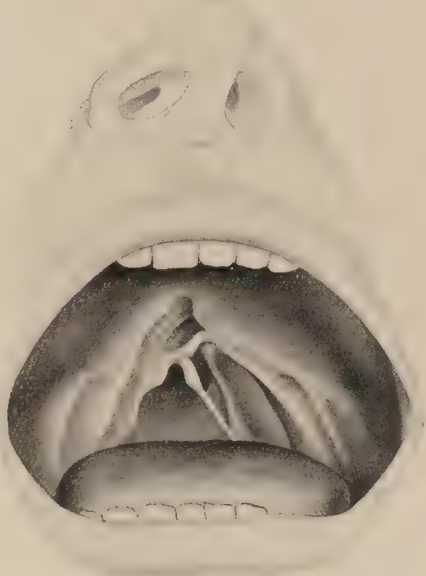


FIG. 62. — Division médiane du voile du palais, d'origine gommeuse.

Au **palais**, vous verrez, sur le bord interne de l'arcade, de petites tumeurs rondes, rouges, douloureuses; des abcès, presque toujours d'origine dentaire. Quelques-uns, plus gros, font relief à la voûte, jusqu'à empiéter sur la ligne médiane.

Toutefois, une tumeur, molle ou fluctuante, médio-palatine, doit toujours faire penser à la gomme — et je rappelle seulement les perforations consécutives à ces processus gommeux.

Vous pourrez rencontrer, bien entendu, des tumeurs, compactes ou dures, de la voûte palatine : tumeurs mixtes, fibromes, sarcomes; elles sont, en somme, bien explorables.

Au **voile**, je rappelle seulement les *divisions congénitales*; les *gommès*, et les perforations plus ou moins arrondies, qu'elles peuvent laisser derrière elles; et encore les pertes de substance médianes, très larges et irrégulières, de pareille origine (fig. 62).

Quant aux **amygdales**, aux **piliers**, aux **parois pharyngées**, au **cavum** (ou arrière-cavité des fosses nasales), si l'examen en nécessite le plus souvent des techniques spéciales, que nous ne pouvons que signaler, l'inspection « en bonne attitude et en bon éclairage », et le palper direct, progressif, profond, n'en gardent pas moins leur valeur pratique.

Placez votre malade — assis ou debout — en pleine lumière (servez-vous du miroir frontal, si vous en avez l'habitude); abaissez peu à peu, doucement, « largement », la langue, et *regardez*. Hypertrophie amygdalienne commune, uni ou bilatérale; — sarcome ou épithélioma de l'amygdale — ulcère de l'amygdale: chancre; épithélioma ulcéré; tuberculose; gomme. — Sur les parois pharyngées, infiltration en voussure; « bosses » proéminentes; ulcérations fissuraires, larges, déprimées, bourgeonnantes (phlegmon chronique; abcès; épithélioma; ulcères spécifiques, etc.).

Le toucher, bien conduit, vous servira beaucoup, pour apprécier la consistance, les connexions profondes, les limites périphériques, de ces tumeurs ou de ces ulcères.

Vous pratiquerez le **toucher pharyngien** par trois procédés :

Toucher direct, d'avant en arrière : votre index, glissé d'avant en arrière, sur le dos de la langue, en explore la base (hypertrophie de l'amygdale linguale; goitre aberrant; épithélioma); puis il plonge jusqu'à la paroi postérieure du pharynx (relief vertébral, abcès, tumeur rétro-pharyngée);

Toucher latéral, qui porte sur l'amygdale et les piliers, et qui permet de délimiter l'extension postérieure, l'extension déclive, des tumeurs amygdaliennes;

Enfin *toucher naso-pharyngien*, remontant, qui explore le *cavum*, en arrière du voile. Le mieux sera de vous placer en arrière, de fixer la tête sur votre poitrine, et, pendant que, des doigts gauches, vous refoulez la joue entre les arcades dentaires gauches, d'introduire l'index droit dans la bouche et le pharynx, de contourner le bord déclive du voile, et de pénétrer dans l'arrière-cavité. Vous pourrez dépister, de la sorte, les végétations adénoïdes, les polypes muqueux postérieurs des fosses nasales, l'implantation des polypes naso-pharyngiens, mais la manœuvre devra toujours être conduite avec la plus grande douceur, pour prévenir les hémorragies.

LE COU

Il faut apprendre à s'orienter, en regardant, en palpant des cous, des cous vivants. C'est ainsi que l'on s'instruira des « repères », et que, « les ayant dans l'œil et les doigts », on saura les retrouver, après les traumatismes ou dans les cas pathologiques.

Au cou, il y a trois régions, ou, si l'on veut, trois zones morphologiques vivantes : la **colonne médiane antérieure** — le **plan du sternomastoïdien** — l'**espace intermédiaire au bord postérieur du sternomastoïdien et au bord antérieur du trapèze**, dépression large et profonde en bas (creux sus-claviculaire), et qui remonte en sillon.

La **colonne médiane antérieure**, hyo-laryngo-trachéale, se continue, en haut, avec le plancher de la bouche, se prolonge, en bas, dans le thorax (creux sus-sternal); elle est mobile transversalement, aux doigts; elle se mobilise de haut en bas, puis de bas en haut, dans la déglutition, et ce dernier caractère est propre à tout ce qui fait corps avec elle, tumeurs, goîtres, etc., et devient un « signe de reconnaissance », de premier ordre.

Sur cette colonne, de haut en bas, cherchez :

L'**os hyoïde**; il est à trois doigts en arrière du menton. On ne le voit pas, d'ordinaire, et pourtant le sillon transversal supérieur du cou passe au-devant de lui; on le palpe. On le reconnaît au palper transversal, combiné aux mouvements de déglutition; il occupe le fond de l'angle que dessine la région sus-hyoïdienne avec le plan vertical antérieur du cou, et cet angle se retrouve encore sur les cous œdématisés et tuméfiés. Quand vous avez l'os hyoïde, le corps, médian, de l'os hyoïde, suivez, de dedans en dehors, le plan osseux, la grande corne : vous serez conduits au « triangle carotidien » et vous sentirez de gros battements artériels (carotide externe).

L'os hyoïde est dans le plan de la 3^e vertèbre cervicale.

Au-dessus de lui, c'est la région « buccale » du cou, autrement dit,

celle qui atteint au maxillaire inférieur et à la bouche, et qu'on n'explore bien que par les deux voies.

Sous le corps de l'hyoïde, en descendant, vous percevez un « creux », qui se déprime, dans la flexion de la tête, qui s'élargit, mais s'efface en partie dans l'extension : c'est l'espace *thyro-hyoïdien*.

Au bord déclive de cet espace, vous reconnaissez un angle saillant, l'angle supérieur du cartilage thyroïde, la pomme d'Adam; et, de là, sur la ligne médiane, vous suivez le bord antérieur du cartilage, jusqu'à un autre creux dépressible, l'espace *crico-thyroïdien*.

Il faut bien mettre en lumière ce *relief du cartilage thyroïde*; sur



FIG. 63. — *Palper du creux sus-sternal.* — L'index et le médius droit contournent le bord supérieur du manubrium, et plongent derrière lui, pendant que la main gauche appliquée à la région occipitale, relève la tête.

certains « gros cous », infiltrés de sang, œdémateux, phlegmoneux, il émerge seul, mais on peut dire qu'il émerge toujours, ou, du moins, que le palper le découvre toujours, sans peine. Le cartilage thyroïde est le repère principal du devant du cou. — Rappelez-vous donc que la « pomme d'Adam » est à égale distance du menton et de l'échancrure sus-sternale; que le bord supérieur du thyroïde est dans le plan de la 4^e vertèbre cervicale; que, latéralement la carotide primitive se bifurque à la hauteur de ce bord supérieur.

Plus bas, l'espace crico-thyroïdien, et un autre cartilage, annulaire, épais et saillant en avant : le *cartilage cricoïde*. Lorsqu'il est repérable, explorable, le bord inférieur en devient un élément topographique de première valeur : il correspond à la 6^e cervicale; c'est dire, qu'en le prolongeant transversalement en dehors, on croise l'apophyse trans-

verse de la 6^e cervicale (tubercule de Chassaignac), le point de pénétration de l'artère vertébrale dans le canal transverse, le point de superposition de la carotide primitive, de la thyroïdienne inférieure et de la vertébrale, le *ganglion sympathique moyen*, situé au-devant de la 6^e vertèbre.

C'est là, au bord inférieur du cricoïde, que commencent la trachée et l'œsophage; la trachée s'incline en arrière, pour pénétrer dans le creux sus-sternal, le *jugulum*, que la fourchette sternale limite en bas; (elle est sur le plan de la 2^e dorsale).

Il faut savoir explorer ce **creux sus-sternal** : le tronc veineux brachio-céphalique gauche y fait relief souvent; vous y sentirez les battements de l'aorte dilatée, la crépitation de l'emphysème médiastinal, la saillie des goîtres plongeants, la nappe œdémateuse ou la fluctuation des abcès médiastinaux, des abcès du cou qui fument dans le médiastin, les abcès froids rétro-sternaux, lors de tuberculose du manubrium. Explorez-le donc sur le malade couché, en soulevant la tête, d'une main, pendant que deux doigts de l'autre main contourment en arrière la fourchette, et plongent le plus loin possible (fig. 63).

Voilà la colonne médiane antérieure.

Le plan sterno-mastoïdien, maintenant; je dis : le plan, parce que ce long muscle plat pourra être soulevé, engainé; il gardera toujours cet aspect de rideau; il se reconnaîtra, tout au moins, à ses attaches inférieures et supérieures, et servira de repère pour mettre en place les tumeurs, inflammatoires ou autres, qui l'avoisinent. Les figures qui vont suivre montreront comment on peut, en variant les attitudes passives de la tête, le détendre, le soulever, glisser au-dessous lui.

Son bord antérieur, qui dessine, à l'état normal, un des reliefs les plus caractéristiques du corps, se voit ou se sent, à peu près toujours, même sur les gros cous, gras, œdémateux, infiltrés, si l'on sait le tendre, en inclinant la tête et tournant la face du côté opposé, et surtout si on le fait contracter. C'est le *bord vasculaire* : il recouvre les gros vaisseaux du cou, il en est le repère; ce n'est qu'à la hauteur de l'os hyoïde, que les vaisseaux émergent de sa face profonde, en avant.

Le bord postérieur est moins saillant; toutefois, en procédant comme il vient d'être dit, on le voit, le sent, et le *délimite*, lui aussi, à commencer, en bas, par l'insertion claviculaire. Sur ce bord postérieur, il y a lieu de noter : le point de sortie de la *branche externe du Spinal* (le nerf moteur principal du muscle), à la jonction du tiers supérieur et du tiers moyen (le nerf a pénétré dans le muscle, en avant, au quart supérieur). Une fois libre, la branche externe du Spinal croise l'extrémité supérieure du triangle sus-claviculaire, jusqu'au trapèze, où elle pénètre. Il est utile d'être instruit de cette topographie, lors de l'ablation de certaines tumeurs ganglionnaires du cou.

A la partie moyenne du bord postérieur, émerge le *plexus cervical superficiel*.

En bas, le *plexus brachial* est sous le muscle, lorsque ce muscle est étalé et large; est-il atrophié ou rétracté, on fera bien de se souvenir que le niveau supérieur d'émergence du plexus correspond au plan du bord inférieur du cricoïde, et de la 6^e apophyse transverse cervicale.



FIG. 64. — Exploration du creux sus-claviculaire « par derrière ».

En arrière, entre le bord postérieur du sterno-mastoïdien, et le bord antérieur du trapèze, toujours repérable, et qui marque la limite de la nuque et de la face antéro-latérale du cou, vous trouverez le **creux sus-claviculaire** et le *sillon inter-musculaire*, qui le prolonge en haut, jusqu'à la région mastoïdienne. Habituez-vous à repérer, à palper ce sillon, dont on ne parle guère : vous y découvrirez les apophyses transverses cervicales, et vous aurez là, dans les traumatismes, dans certaines tumeurs, une excellente voie d'examen.

Le **creux sus-claviculaire** est divisé en deux triangles, *postéro-supérieur*, *antéro-inférieur*, par l'omo-hyoïdien; mais l'omo-hyoïdien n'est pas toujours aisé à repérer, et, s'il figure un relief oblique, sail-
lant, chez certains sujets et dans certains mouvements brusques

du cou, il est souvent peu apparent. D'ailleurs c'est le triangle antéro-inférieur, le creux sus-claviculaire proprement dit, qui est surtout important : cherchez-y le relief des deux muscles scalènes, l'artère sous-clavière, qui passe entre eux, la veine sous-clavière, au-devant du scalène antérieur; rappelez-vous que le nerf phrénique sous-jacent au sterno-mastoïdien sur toute la hauteur du cou, depuis l'os hyoïde, croise obliquement, de dehors en dedans, la face antérieure du scalène antérieur, pour pénétrer dans le thorax (point phrénique).

Vous aurez beaucoup à explorer dans le creux sus-claviculaire;

rappelez-vous que la meilleure méthode est celle de la figure 64 : vous êtes debout, derrière le malade assis, et, dans cette attitude, vos doigts pénètrent au mieux, en plongeant derrière les clavicules.

Ces données serviront de directives à l'exploration clinique, dans les **phlegmons et abcès chauds**; dans les **tumeurs** (au sens le plus compréhensif du mot); dans les **fistules** du cou. — Il est peu de régions où le précepte général : *regarder d'abord, avant de palper*, soit plus nécessaire à suivre : le siège de la lésion, la déformation et l'attitude particulières qui en résultent, la part qu'elle prend aux mouvements du cou et à ceux de la colonne hyo-laryngo-trachéale, apportent souvent de précieux éléments d'interprétation initiale — à confirmer toujours, bien entendu, par l'examen ultérieur, — mais qui n'en ouvrent pas moins les voies à cet examen.

PHLEGMONS ET ABCÈS CHAUDS

Les **PHLEGMONS ET ABCÈS CHAUDS** se caractérisent d'emblée par leurs signes propres, tuméfaction œdémateuse, rougeur, fluctuation, douleur, fièvre : il y a lieu simplement de se demander, dans certains cas, s'ils ne procèdent pas de « l'échauffement », de l'infection aiguë accidentelle, d'une lésion préexistante et négligée, adénite, kyste, hématome.

Ce sont assez souvent des accidents de toute banalité, s'il y a jamais rien de banal, en clinique.

Leur siège surprend parfois, à première vue : je rappellerai l'**abcès sous-mental**, qui « fait bosse » en arrière du menton, et qu'il faut bien distinguer, par le palper intra-buccal, du phlegmon du plancher de la bouche (voy. fig. 17); il est, lui, exclusivement cervical, et ne déborde pas le plan du mylo-hyoïdien, et, d'ordinaire, il représente un adénophlegmon, né dans un de ces ganglions sous-mentaux, très fréquents, sinon constants, situé près du raphé mylo-hyoïdien et de l'os hyoïde.

Plus bas, vous verrez d'autres **abcès médians**, sur le devant de la pomme d'Adam, **pré-thyroïdiens**. Ce sont peut-être quelquefois des hygromas suppurés, car il y a souvent, à ce niveau, une bourse séreuse, décrite par Boyer.

Vous en verrez au-dessous du cartilage thyroïde, au-devant du cricoïde et de la membrane crico-thyroïdienne; on signale, là encore, un ou deux petits ganglions.

Du reste, on fera bien de ne pas s'attarder à ces hypothèses pathogéniques, intéressantes, sans doute, mais qu'on ne peut, en général, vérifier; ce qu'il faut retenir, c'est ceci : on trouve des abcès chauds, bien circonscrits, sur le devant de la colonne laryngo-trachéale, et

sans nul rapport avec les voies respiratoires, des abcès lymphangitiques, par infection cutanée avoisinante.

Les **abcès du corps thyroïde**, rares, d'ailleurs, se présentent sous un tout autre aspect, et, d'ordinaire, se compliquent d'accidents dyspnéiques plus ou moins accusés. Ils sont à rechercher par les procédés d'exploration, qui seront signalés plus loin (voy. *Corps thyroïde*).

Au creux sus-sternal, font relief parfois des abcès chauds, « lymphangitiques », d'origine tout accidentelle, qu'on ouvre, et qui guérissent tout simplement. Mais il convient toujours, chez les enfants et les jeunes gens, de garder une arrière-pensée à l'*ostéomyélite du manubrium*, au moins à certaines formes atténuées, subaiguës, qui n'affectent pas les allures bruyantes de la forme typique : on aura soin de rechercher toujours la douleur sur le devant du manubrium et à sa jonction avec le corps, et d'explorer du mieux possible la face postérieure, en déprimant l'abcès (voy. fig. 63). Enfin le médiastin est tout proche, et l'on y pensera également (voy. plus loin, p. 129).

Au creux sus-claviculaire, vous trouverez des adéno-phlegmons des mieux caractérisés; abcès ganglionnaires bien circonscrits; grosses masses phlegmoneuses et abcès multiples. Là encore, il sera toujours indiqué de chercher, autant que possible, à délimiter la masse par en bas, au-dessous et en arrière de la clavicule.

On devra se souvenir également de l'*ostéomyélite claviculaire*.

Enfin la masse phlegmoneuse sus-claviculaire n'est parfois que le prolongement déclive d'un foyer sous-sterno-mastoïdien, et la situation est toute différente.

Les **phlegmons profonds, sous-sterno-mastoïdiens** sont, en effet, d'une gravité particulière, et, de plus, on les reconnaît souvent assez mal, on ne les débride pas assez tôt, assez largement, au bon endroit, et l'exploration est souvent, en pareil cas, d'une importance vitale. Vous voyez une des moitiés du cou soulevée par une volumineuse tuméfaction, plus ou moins rouge, œdémateuse sur ses bords, douloureuse sur toute sa surface. Si vous palpez cette grosse masse convexe sur la saillie qu'elle dessine, vous ne sentirez rien, rien d'utile; vous percevrez une induration tabulaire, et une sorte de gangue épaisse, qui la sous-tend : le muscle est là, épaissi, contracturé, qui dérobe à vos doigts le plan sous-jacent.

C'est *sur les bords du muscle*, en avant et en arrière, qu'il vous faut palper, du bout des doigts; c'est la masse sous-musculaire, qu'il vous faut prendre entre les deux mains (fig. 65), pour apprécier son volume, sa consistance, la fluctuation profonde dont elle peut être le siège. Vous réussirez à découvrir ainsi les abcès latéraux profonds, ou, du moins, des masses épaisses, œdémateuses, qui débordent le muscle, fument sur les côtés du larynx et de la trachée, ou en arrière,

à la nuque, et qui vous indiqueront où il faut inciser. Par ces voies ouvertes, vous pénétrerez dans le foyer profond, sous-sterno-mastoïdien.

On ne saurait trop redouter ces phlegmons profonds, par diffusion, du cou, qui s'étendent, parfois, au creux sus-claviculaire, jusqu'au dessous de la clavicule, au creux sus-sternal et au médiastin.

Signalons encore le **phlegmon ligneux** ou **phlegmon large de Dupuytren**; vaste plaque rougeâtre, dure, recouvrant toute une moitié



FIG. 65. — *Palper sous-sterno-mastoïdien*, les doigts appliqués sous les bords, antérieur et postérieur, du muscle. (Phlegmon et abcès sous-sterno-mastoïdiens.)

du cou, et qui reste telle pendant des semaines; j'en ai vu, qui donnaient toute l'impression du néoplasme. Pourtant, à les palper minutieusement, il est rare qu'on ne trouve pas, plus ou moins tôt, quelques points œdémateux, un peu ramollis, ou fluctuants; sans attendre, on fera bien d'inciser à leur niveau, et, si l'on ouvre de petits abcès, l'interprétation devient nette.

TUMEURS DU COU

Vous voici en présence d'une tumeur du cou, de petit ou de moyen volume, circonscrite, indolente, sans réaction. Depuis quand existe-t-elle? On n'en sait rien, ou l'on ne vous signale que la date, souvent toute récente, où l'on s'en est aperçu. A quoi penser?

La localisation régionale est de première importance.

Sur la ligne médiane antérieure du cou, au-dessus ou au-dessous de l'os hyoïde, au-devant du cricoïde, et même au-dessous, vous devrez toujours penser au **kyste congénital**, au **kyste branchial** : tumeur arrondie, tendue et rénitente; ailleurs (rarement) mollassse et pâteuse, tout à fait indépendante de la peau, un peu mobile transversalement, mais sans que vous puissiez la déplacer en bloc et la faire basculer sur le côté, car elle « tient » toujours un peu dans la profondeur. Ces kystes sont à contenu dermoïde, ou mucoïde;



FIG. 66. — Anévrysme de la carotide primitive; recherche de l'expansion.

quelques-uns sont à contenu séreux, ce sont ceux qui se prolongent, par le canal thyro-glosse, jusque sur les côtés de la base de la langue.

Tout en soulevant d'abord cette hypothèse, pour ne pas la laisser échapper, n'oubliez pas les « choses simples », le **kyste sébacé**, qui tient à la peau, mais qui peut tenir aussi, s'il est chroniquement irrité et en voie de suppuration, au plan profond; — le **lipome** : j'ai vu tout récemment un lipome exactement médian, très mou, pseudo-fluctuant, qui simulait, à s'y méprendre, un kyste branchial; — l'**adénite sous-mentale**, tout en haut : un ganglion, gros comme une noisette ou une amande, ferme, plus ou moins mobile; allez explorer tout de suite la lèvre inférieure, la pointe de la langue, le plancher (chancre; épithélioma); si vous ne trouvez rien, songez à la tuberculose, et encore à ces adénopathies chroniques, silencieuses, indéfinies, qu'on trouve parfois sous le menton, comme en telle autre région du cou, et qui « demeurent » pendant des années.

Je rappelle seulement les **kystes médians, isthmiques, du corps thyroïde**, que nous retrouverons plus loin (voy. p. 76).

Latéralement, vous aurez à préciser d'abord si la tumeur siège *en dehors du sterno-mastoïdien, dans l'épaisseur du sterno-mastoïdien ou à sa face profonde*. Si l'on sait faire contracter le muscle, cette localisation topographique initiale devient aisée. Les tumeurs superficielles sont, en général, banales : **kystes sébacés, lipomes**; — dans l'épaisseur du sterno-mastoïdien, il faut discuter l'éventualité de l'hématome, du vieil **hématome**, consécutif à une brusque torsion du cou (ruptures musculaires interstitielles), qui, parfois, date de loin; — et celle de la **gomme**, de la myosite scléro-gommeuse syphilitique.

Sous le muscle, au voisinage de l'os hyoïde, vous pourrez avoir affaire encore au *kyste branchial*, aux *kystes* ou aux *tumeurs d'une thyroïde accessoire*, à l'*abcès froid ganglionnaire*, isolé, au *lipome profond*.

Sur les côtés du cou, au-dessous du sterno-mastoïdien, saillante sur le bord antérieur, le plus souvent, quelquefois sur le bord postérieur, vous trouverez parfois une tumeur liquide, dépressible, et qui « bat » : **Anévrysme**, portant, suivant sa hauteur, sur la carotide primitive, la carotide externe, la carotide interne.

L'anévrysme peut siéger à la base du cou (fig. 66), ou même faire saillie au-devant de l'extrémité interne de la clavicule (fig. 67); dans ce dernier cas, il faut penser à l'anévrysme du tronc brachio-céphalique.

Dans le **creux sus-claviculaire**, vous pourrez rencontrer encore l'**anévrysme sous-clavier**, reconnaissable aussi à l'expansion, aux battements, à l'amoindrissement du pouls radial; mais plus communément, vous aurez affaire à l'**abcès froid ganglionnaire**, ou tout simplement, au **lipome**. La figure 68 montre un de ces lipomes sus-clavicu-

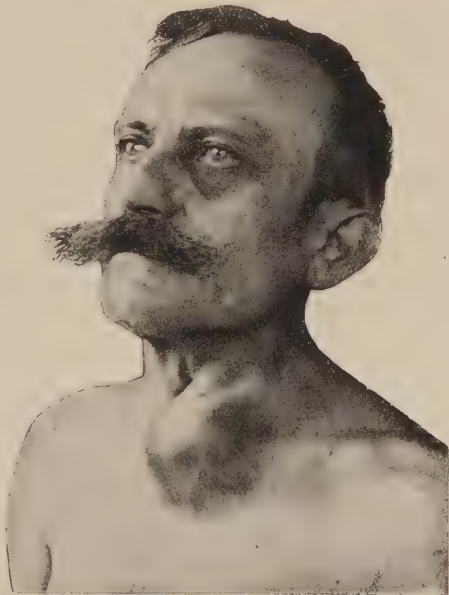


FIG. 67. — Anévrysme de la base du cou, faisant relief au-devant de l'extrémité interne de la clavicule. (C'était un anévrysme du tronc brachio-céphalique.)

lares, très mou, et qui donnait l'impression de l'abcès froid; mais le déplacement en masse, au-dessous de la clavicule, permit de faire le diagnostic, vérifié par l'opération.

C'est encore au palper profond de la région sus-claviculaire que l'on peut découvrir une « rareté », une **côte cervicale**. La figure 69 a été prise chez une jeune femme, qui souffrait un peu, depuis fort longtemps, du côté gauche du cou, et qui accusait quelques irradiations douloureuses dans le membre supérieur; à l'examen, on trou-

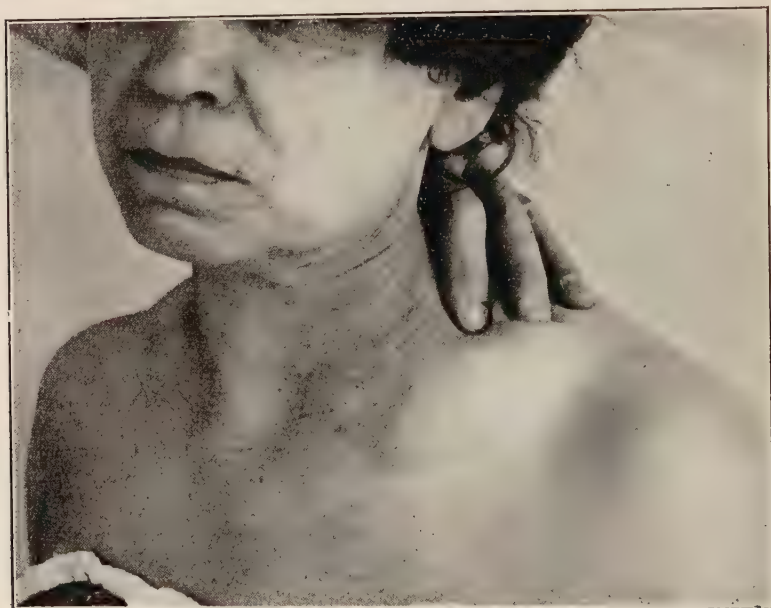


FIG. 68. — Lipome sus-claviculaire très mou. — Refoulement en masse, au-devant de la clavicule.

vait, au fond du triangle sus-claviculaire, et attenant au rachis, une sorte de proéminence bridée et, en partie, masquée par des tractus fibro-musculaires, mais dont la forme allongée, l'émergence rachidienne, la consistance osseuse étaient pourtant reconnaissables. On émit le diagnostic probable de « côte cervicale », et ce diagnostic fut confirmé par la radiographie.

A la base du cou, enfin, **à la clavicule**, vous verrez encore des tumeurs saillantes, compactes, non pulsátiles, parfois très volumineuses, et qui font corps avec l'os; il convient, du reste, de s'assurer, avant tout, de ce dernier caractère, par l'exploration périphérique du relief et les épreuves de mobilisation — pour ne pas confondre certaines tumeurs du cou, déclives et « prolabées », *pré-claviculaires*, avec les tumeurs *de la clavicule elle-même*.

Que peuvent-elles représenter, ces « bosses » claviculaires?

a) **Gros cals exubérants**, très anciens parfois, mais que la moindre enquête du passé suffit à faire reconnaître; s'ils proéminent en avant, ils saillent aussi et surtout à la face déclive, où se détache, en heurt, l'extrémité chevauchée du fragment externe; mesurée de l'interligne sterno-claviculaire à l'acromion, la clavicule est raccourcie; la tumeur est, tout entière, d'une dureté caractéristique.

J'insiste sur ces caractères propres au gros cal « pur », parce que

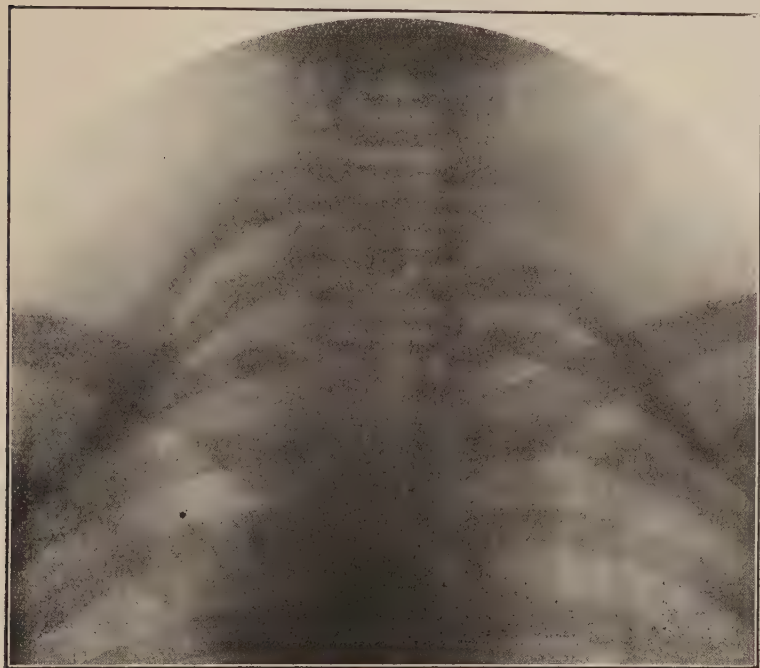


FIG. 69. — Côte cervicale.

vous pourrez rencontrer — tout exceptionnellement — de ces cals anciens, qui ont encore pris du volume dans les derniers temps, qui sont devenus douloureux, et dont la surface n'est plus uniformément compacte, mais se double, ici ou là, d'une masse épaisse, plus ou moins ferme : *cals sarcomateux*. Il arrive encore — mais les conditions cliniques sont tout autres — qu'un sarcome claviculaire se complique d'une fracture spontanée.

b) **Sarcome de la clavicule**, occupant la partie moyenne, diaphysaire, de l'os, — ou l'une des extrémités. Voyez (fig. 70) un de ces sarcomes de l'extrémité claviculaire interne; la tumeur, beaucoup plus volumineuse encore que ne l'indiquait le relief antérieur (et c'est là un fait courant, à retenir), enveloppait le 2^e cartilage costal : elle fut extirpée, en bloc, après section de la clavicule en dehors et désarticu-

lation sterno-claviculaire, section de la 2^e côte et désarticulation du 2^e cartilage costal (fig. 71).

c) **Ostéomyélite chronique de la clavicule**; elle peut figurer une

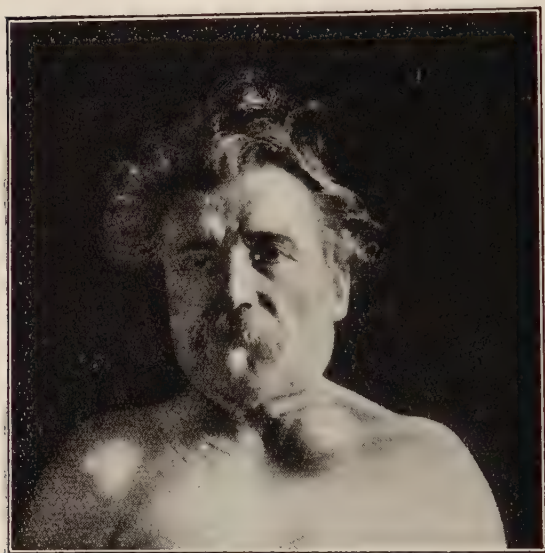


FIG. 70. — Sarcome de l'extrémité interne de la clavicule gauche.

grosse tumeur fusiforme, ou plus saillante de tel ou tel côté, en avant surtout; mais il est rare qu'on ne découvre pas un point fistuleux, — ou quelques îlots cutanés, violacés et adhérents, stigmates d'abcès antérieurs. Par la fistule, il arrive, d'ordinaire, qu'on heurte un séquestre central, et ce séquestre représente parfois la clavicule presque entière; j'ai extrait encore, tout récemment, d'une gaine proéminente d'os

nouveau, qui formait tumeur, une clavicule à peu près totalement nécrosée et libérée.



FIG. 71. — Sarcome de l'extrémité interne de la clavicule.

La pièce extirpée en bloc.

c, clavicule sectionnée en dehors; — c', 1^{er} cartilage costal, désarticulé; — m, lame musculaire, adhérente à la tumeur; — s, le sarcome osseux.

d) **Syphilis**; **gomme de la clavicule**; ostéo-périostite sclérogommeuse. C'est là, comme partout, une éventualité à laquelle il faudra toujours penser (réaction spécifique, etc.).

Ces « bosses » claviculaires peuvent, du reste, être nettement fluctuantes : abcès

recouvrant et masquant plus ou moins la lésion osseuse originelle. — *Gomme ramollie*; *abcès ostéomyélique* : oui; l'une et l'autre hypo-

thèse sont à discuter; mais c'est à la tuberculose, à l'**ostéite claviculaire tuberculeuse**, qu'il y a lieu surtout de s'arrêter, et l'évolution du processus local, la teinte violacée de la peau à la surface des collections suppurées, ou au pourtour des fistules, l'os dépressible et friable, au fond de ces fistules, apporteront au diagnostic d'utiles contributions.

L'ostéite tuberculeuse peut affecter tel ou tel segment de la continuité claviculaire; mais, très souvent, elle siège à l'extrémité interne,

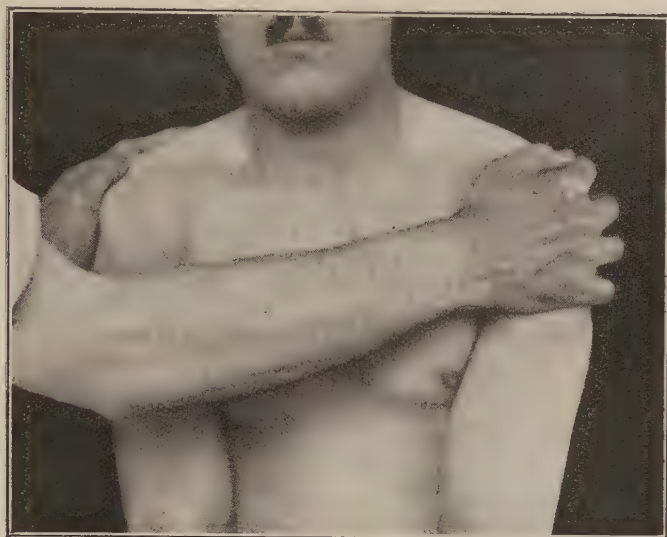


FIG. 72. — Exploration des articulations sterno-claviculaires par le rapprochement en avant et en dedans des deux épaules.

et « prend part » à l'**ostéo-arthrite tuberculeuse**, à la tumeur blanche, **sterno-claviculaire**.

Au début — et ce début peut se prolonger — une certaine tuméfaction locale, épaisse, pâteuse, et qui apparaît très vite en avant; — la douleur à la pression, au niveau de l'interligne; la douleur dans les grands mouvements d'abduction et de rétropulsion; la douleur provoquée aussi à l'interligne, dans le rapprochement, en avant et en dedans, des deux épaules (fig. 72), permettront de conclure à l'arthrite chronique. Plus tard, lorsqu'une masse fongueuse s'est développée, lorsqu'on trouve un abcès froid pré-sterno-claviculaire, lorsque des fistules caractéristiques se sont ouvertes, le diagnostic « de nature » s'impose; ce qu'il convient de préciser, c'est le diagnostic « d'extension » : explorez, par le palper sus-sternal (fig. 63), la face postérieure du manubrium, de l'article, de la clavicule; explorez, par son bord antérieur, la face profonde du sterno-mastoïdien, en vous souvenant des abcès descendants, rétro-sterno-claviculaires, et des abcès ascendants,

cervicaux; explorez également l'extrémité interne de la clavicule, le manubrium, le premier cartilage costal, tout voisin, et cherchez à délimiter, par cet examen local, que la radiographie complétera, la zone d'invasion tuberculeuse, pour prévoir, dans une certaine mesure, les nécessités opératoires et le pronostic.

Nous ne ferons que signaler les *gros kystes séreux congénitaux* du cou, qui ne se voient que chez les enfants; les *kystes séreux de la région sus-claviculaire*; les *angiomes profonds*.

Mais voici autre chose, et nous arrivons aux **TUMEURS GANGLIONNAIRES**, si fréquentes dans la région cervicale.

I. Vous trouvez, de tel ou tel côté du cou, parfois des deux côtés, une série de **nodosités globuleuses, EN CHAÎNE**. Repérez-les soigneusement, cherchez-les sur l'autre face du cou; explorez le bord antérieur du sterno-mastoïdien et le triangle carotidien (fig. 73), le bord postérieur du muscle et le creux sus-claviculaire (fig. 74), insistez en arrière de la clavicule, en inclinant la tête (fig. 75).

Ce sont des ganglions, de toute évidence; ils sont plus confluent dans telle ou telle région du cou, mais les divers chaînons restent, en général, indépendants : il n'y a *pas de masse conglomérée*, de tumeur proprement dite.

Ces « ganglions » datent de loin, en général; ils étaient indolents, on ne s'en est guère préoccupé. Il arrive qu'on vienne vous consulter, parce que telle ou telle de ces bosselures a grossi, s'est ramollie, que la peau a rougi : abcès froid ganglionnaire en voie d'« échauffement »; la tuberculose est démontrée.

Mais il arrive aussi que tous les ganglions soient fermes, de volume variable, indolents, mobiles, sans péri-adénite. Sujets jeunes, enfants, adolescents, maigres, un peu pâles : tuberculose ganglionnaire, la scrofule des anciens jours. — Sujets d'un certain âge, trente, quarante ans, d'aspect floride, même gras, mais qui toussent l'hiver, qui ont eu « des glandes » autrefois, « comme tous les enfants », vous disent-ils, et chez qui, en cherchant bien, vous découvrez souvent une petite cicatrice, quelque part, à la région sous-maxillaire, au creux sus-claviculaire. « Oui, un petit abcès; il y a bien longtemps. » Tuberculose ganglionnaire encore, mais de pronostic déjà plus sombre. Palpez-les, d'ailleurs, tous ces ganglions, un à un : il est rare qu'ils soient tous de la même consistance; quelques-uns seront souvent moins mobiles, moins compacts, un peu ramollis, abcédés à leur centre.

En présence d'une de ces chaînes ganglionnaires, sous-maxillaires et carotidiennes, il faut toujours soulever deux autres hypothèses : —



FIG. 73. — Adénopathie en chaîne. — Recherche des ganglions sur le bord antérieur du sterno-mastoidien et au contact de la carotide externe.



FIG. 74. — Adénopathie en chaîne. — Recherche des ganglions sur le bord postérieur du sterno-mastoidien et dans le creux sus-claviculaire.

celle de l'**adénopathie néoplasique**, si les ganglions sont durs (examen de la bouche, de la langue, du pharynx, du larynx); — celle de l'**adénopathie chronique simple**, d'origine dentaire. Cette adénopathie simple, chronique, curable, ressemble parfois, à s'y méprendre, à la tuberculose.

Ailleurs, vous rencontrez de *très gros ganglions, sphéroïdes*, indo-

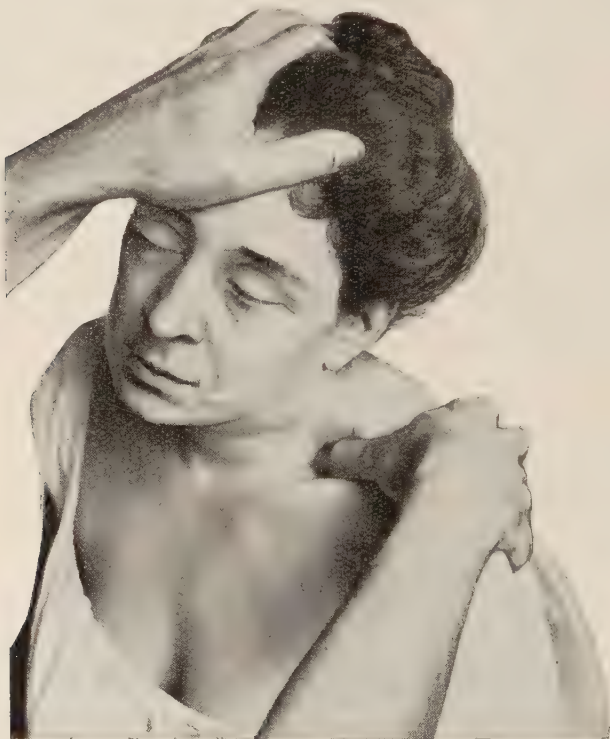


FIG. 75. — Adénopathie en chaîne. — Exploration profonde, au pouce, du creux sus-claviculaire, en inclinant la tête.

lents, fermes, *mobiles*, libres de toutes adhérences inter-ganglionnaires, cutanées, profondes. Ils figurent de volumineuses chaînes à chaînons multiples, et soulèvent la peau de leurs bosselures; groupés parfois en telle ou telle région, et y faisant relief (région sterno-mastoïdienne, région sus-claviculaire), ils sont répandus, dans d'autres cas, sur toute la hauteur du cou, ou même bilatéraux.

C'est au **lymphadénome** qu'il faut penser tout de suite, et tout de suite il faut examiner les aisselles, les aines, puis le médiastin (voy. *Thorax*), chercher la rate; l'analyse du sang suivra, tout naturellement.

Même si l'on ne trouve rien dans les autres régions ganglionnaires,

cette adénopathie cervicale diffuse, avec de gros ganglions, lisses, bien encapsulés, qu'on palpe et mobilise sans le moindre effort, doit être tenue, presque toujours, pour une adénopathie lymphadénomateuse.

Dans le **lympho-sarcome**, les ganglions sont durs, isolés aussi et indépendants, à une première période, plus tard fusionnés en masse bosselée et fixe (fig. 76).

Il y a, toutefois, au cou, des *adénopathies tuberculeuses à gros ganglions*, ronds, lisses, isolés, *mobiles*, répandus dans les deux



FIG. 76. — Sarcome ganglionnaire, récidivé, du cou.

moitiés du cou, au creux sus-claviculaire, même aux aisselles et au médiastin, et qui revêtent, à s'y méprendre, l'apparence lymphadénomateuse.

Si l'on est averti de cette erreur éventuelle, on trouvera, d'ordinaire, dans un soigneux examen, les moyens de s'en préserver : ces ganglions sont, en général, moins gros que ceux du lymphadénome, ou, si telles des tumeurs sont très volumineuses, elles perdent leur surface arrondie, leur mobilité intégrale, leur consistance uniforme : ce sont des agglomérats ganglionnaires; on y trouve des zones ramollies, dépressibles, même fluctuantes, et il est rare, qu'à palper la série des gros ganglions isolés, on n'en découvre pas quelques-uns, qui, à l'emprise circonférentielle, donnent la même sensation de ramollissement.

L'interprétation devient parfois plus malaisée, lorsque ces « gros ganglions » sont groupés en une masse régionale, sans chaînons à distance; qu'ils occupent, par exemple, la région sus-claviculaire.

II. Dans d'autres conditions, ce ne sont plus des ganglions en chaîne, et, de ce fait, reconnaissables d'emblée, que vous rencontrez, mais une **TUMEUR UNIQUE**, plus ou moins grosse et saillante, occupant la région sterno-mastoïdienne à telle ou telle hauteur, le creux sus-claviculaire, le creux sus-sternal.

PAQUET GANGLIONNAIRE AGGLOMÉRÉ, engainé de péri-adénite.

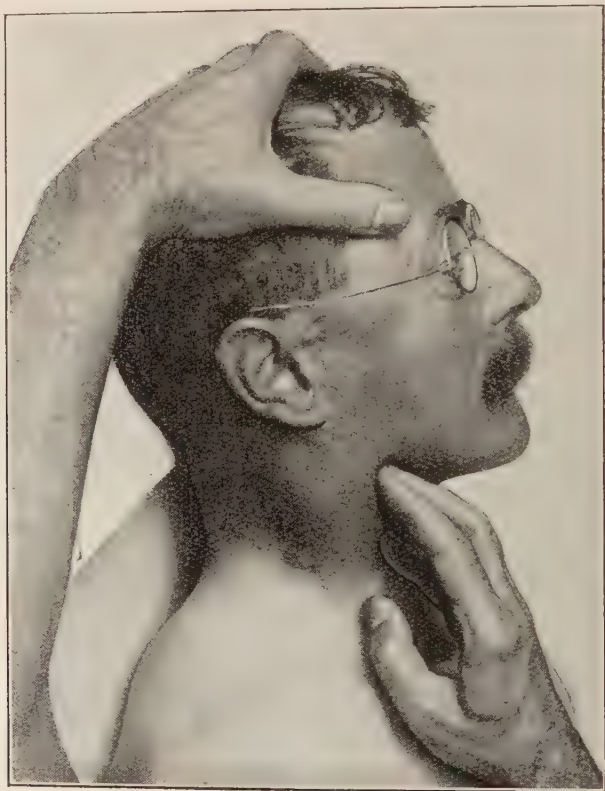


FIG. 77. — Adénopathie en bloc.
Limitation du bord antérieur, en inclinant la tête.

— Cherchez s'il est mobile, et, par la même exploration, vous en apprécierez la surface, la consistance, les limites. Palpez-le en avant, sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien (fig. 77) en inclinant la tête, pour détendre le muscle; palpez-le transversalement (fig. 78) en cherchant à le faire glisser sur le plan profond; palpez-le sur son bord supérieur, sous la mâchoire, sous la mastoïde (fig. 79), s'il remonte jusque-là, en essayant de le dégager, de l'abaisser.

N'hésitez pas à exécuter lentement, et bien à fond, ces diverses manœuvres : elles suffiront, si elles sont bien conduites, à vous

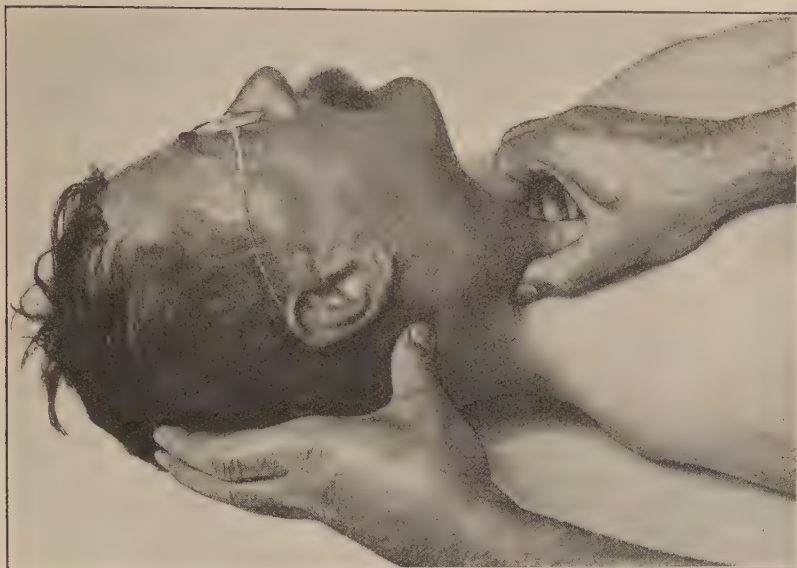


FIG. 78. — Adénopathie en bloc. — Palper transversal; essai de mobilisation; limitation en bas et en arrière.

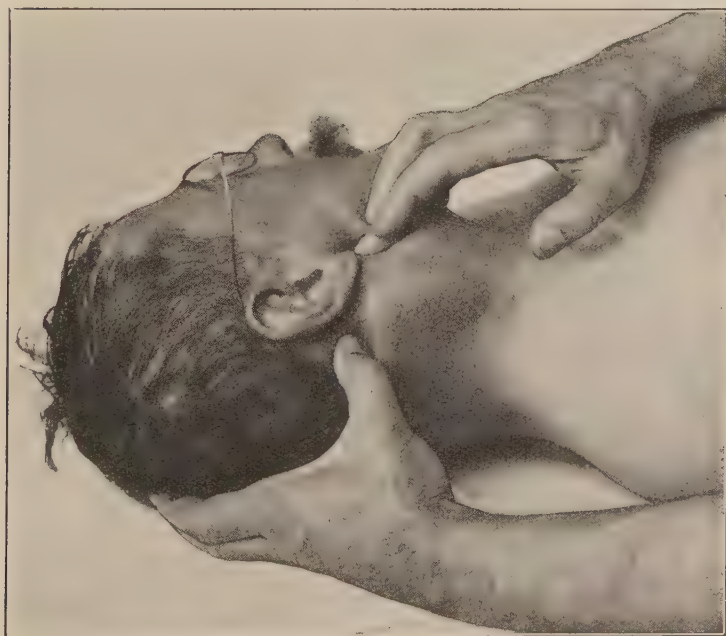


FIG. 79. — Adénopathie en bloc. — Limitation en haut, sous la mâchoire et l'apophyse mastoïde.

renseigner sur la nature de cette masse, sur les connexions profondes qu'elle présente, sur les difficultés à prévoir, lors de l'intervention. N'oubliez pas, non plus, de palper toujours attentivement, les deux gouttières pré-sterno-mastoïdiennes et les contours du larynx et de la trachée (fig. 80).

Adénopathie tuberculeuse en bloc, compacte encore (il le semble,



FIG. 80. — Adénopathie en bloc. — Examen des gouttières pré-sterno-mastoïdiennes, et du contour laryngo-trachéal.

du moins), dans toute son épaisseur ; — ramollie par places ; — abcédée à son centre, sous une coque plus ou moins épaisse et irrégulière : c'est l'hypothèse la plus vraisemblable, et qui souvent s'impose d'emblée.

Pour peu que l'interprétation soit hésitante, rappelez-vous les autres hypothèses qui peuvent être émises, après celle de la tuberculose ganglionnaire. Avant tout, et toujours, la tumeur *gommeuse*, syphilitique. — Et puis, l'*adénopathie néoplasique secondaire*, telle qu'elle se présente dans certains cas : énorme masse ganglionnaire,

ture, bosselée, en relief dans la région sterno-mastoi-dienne haute; rien à l'examen des lèvres, de la bouche, de la langue, de l'amygdale : ce n'est que par une recherche minutieuse, aidée du miroir et du laryngoscope, qu'on finit par découvrir une petite ulcération épithélioma-teuse, dans un pli de la muqueuse pharyngée ou au larynx.

Il arrive qu'on ne trouve rien, même après une exploration « spé-ciale », des plus complètes et répétée; un doute reste toujours; mais il y aura lieu de penser à l'*adénopathie maligne primitive*, au lympho-sarcome (voy. fig. 77); et encore à l'épithélioma branchiogène, au **branchiome malin** (fig. 81), qui survient tard, en général, après cinquante ans, se déve-loppe au voisinage de l'os hyoïde, au-dessus ou au-des-sous, se diffuse rapidement, se prolonge et adhère de tous les côtés; il finit par envahir toute la moitié latérale du cou, qu'il transforme en un bloc induré. Le néoplasme est d'origine et d'évolution profondes, et la peau ne « se prend » en géné-ral, et ne s'ulcère que tardive-ment.

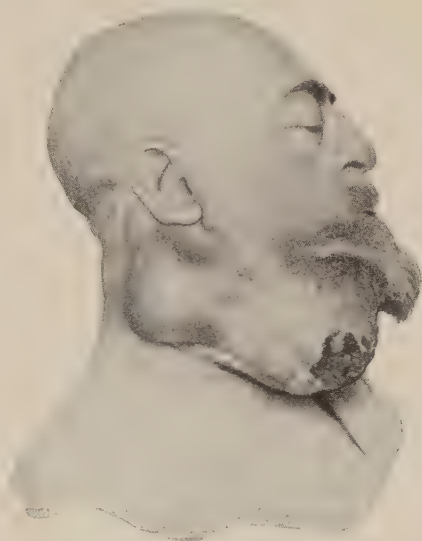


FIG. 81. — Branchiome malin du cou.

III. Ailleurs, enfin, vous trouverez une **MASSE DIFFUSE** sur une large zone, **SUR TOUT UN COTÉ DU COU**, — une infiltration épaisse, proémi-

nente parfois, en masse ou sur quelques points, plaquée sur les plans profonds, plissée, crevassée, ulcérée, fistuleuse (fig. 82).

Ce sera souvent encore une forme avancée et diffusée de tubercu-lose ganglionnaire. Explorez la masse tabulaire (fig. 83) : vous y découvrirez des îlots ramollis, de petits abcès; vous reconnaîtrez, à son contact, dans son voisinage, dans les autres régions du cou, des ganglions ramollis, abcédés, qui serviront de témoins; les ulcéra-tions seront de bord aminci, décollé, violacé. Ne manquez pas, non plus, d'examiner le médiastin, par la percussion interscapulaire (voy. *Thorax*), et surtout à l'écran, et d'examiner le poumon : si le poumon est relativement indemne, la cure marine pourra donner encore d'excellents résultats.

C'est en pareil cas qu'il pourrait être indiqué de penser à l'*ac-tinomyose*, surtout si les ulcérations étaient parsemées de grains



FIG. 82. — Adénopathie en masse diffuse. — La moitié droite du cou est occupée tout entière par une masse saillante, épaisse, fixe, de consistance inégale. Limitation en arrière et en dessous.



FIG. 83. — Épithélioma cutané diffus de la moitié droite du cou.

jaunes caractéristiques : la recherche du parasite serait pratiquée.

Mais, une fois de plus, il faudra penser aussi à la *syphilis* : j'ai vu, ces temps derniers, deux cas de semblables infiltrations diffuses, ulcérées et fistuleuses, de la partie latérale du cou, qui présentaient toute l'apparence de la tuberculose ; la réaction spécifique fut pratiquée comme un complément d'examen, qui ne semblait nullement nécessaire : elle fut positive chez les deux malades, et le traitement, dans les deux cas, fut rapidement efficace.

L'hypothèse du *néoplasme* est à discuter encore dans certaines formes, qu'il s'agisse d'un épithélioma cutané largement diffusé (fig. 83) ou d'un sarcome diffus, cutané et sous-cutané, du type représenté figure 84. Les ulcérations étaient saignantes, au moindre contact, chez ces deux malades : elles étaient bourgeonnantes dans le sarcome, granuleuses et indurées dans l'épithélioma.



FIG. 84. — Sarcome diffus, cutané et sous-cutané de la moitié droite du cou.

Vous observerez enfin — et le fait est à bien connaître — de « vieux » *phlegmons du cou*, des *phlegmons li-*

gneux, méconnus, mal traités, troués de cratères fistuleux, indurés, violacés, saignants, et qui, par la longue durée de l'infection chronique, ont créé un véritable état de cachexie. J'ai vu de ces malades, chez qui l'on avait émis successivement les hypothèses de syphilis, de tuberculose, de cancer, et dont le premier aspect semblait légitimer effectivement telle ou telle de ces interprétations. Toutefois, en examinant de près ces vastes « tumeurs » en nappe, on y trouvait de grands décollements, de longues fistules, des points ramollis, qui s'ouvraient de temps en temps, du pus en abondance ; et encore, la température restait élevée, à grandes oscillations. D'autre part, la séro-réaction était négative ; la biopsie, pratiquée au pourtour de certaines ulcérations, n'avait rien donné que de banal, — et j'ai vu guérir, par de larges

débridements, par l'emploi des vaccins, par le traitement général, — et aussi, par une longue, tenace et active patience — quelques-uns de ces cas « désespérés ».

Arrivons au **GOITRE** et aux **NÉOPLASMES DU CORPS THYROÏDE**, qui, par leur siège et leurs caractères, sont à décrire séparément.

La mobilité verticale de la tumeur, quelle qu'elle soit, lors de la



FIG. 85. — Kyste du corps thyroïde. — La poche est immobilisée entre les deux mains : limitation; recherche de la fluctuation.

déglutition, est un signe de première importance : il ne manque que dans certains néoplasmes diffusés et adhérents.

On devra le rechercher toujours, d'emblée, avant de palper. Pendant qu'il se déplace, vous aurez un premier aperçu du siège, de la forme, de l'extension du goitre.

GOITRES. — Vous verrez, assez souvent, le **goitre kystique**, le kyste du corps thyroïde : tumeur bien ronde, saillante, émergeant d'un des lobes, quelquefois médiane, tendue, résistante, de fluctuation souvent assez peu nette, mais qui donne, aux doigts, l'impression d'une poche à paroi mince (fig. 85); elle est grosse, en général, comme une châtaigne, comme un œuf; elle peut refouler la trachée du côté opposé (fig. 86), il y en a de très volumineuses, qui soulèvent une des moitiés du cou ou prolabent jusqu'au-devant du sternum.

Ailleurs, le corps thyroïde sera « **hypertrophié** » en masse (**goitre parenchymateux**) et c'est alors qu'il y a lieu de procéder à un examen méthodique, par la technique suivante :

Que cherchez-vous? Si le goitre est *diffus*, ou *nodulaire*? S'il est

plongeant, ou, du moins, s'il descend bas dans le creux sus-sternal? S'il se complique d'accidents de *bascdowisme*?

Pour vous en rendre compte, encadrez-le, comme le représente la figure 87 : vous en appréciez les contours, la forme, la mobilité, la consistance.

Insistez à la partie déclive (fig. 88) : si les deux index contournent



FIG. 86. — *Kyste du corps thyroïde*. — Déviation de la trachée, que repèrent les deux pouces.

et soulèvent le bord inférieur de la masse, et pénètrent jusqu'à la trachée. il n'y a pas de prolongement endo-thoracique.

Rappelez-vous encore qu'il faut toujours compléter l'examen, pratiqué debout, par un palper complémentaire, *dans le décubitus dorsal* (fig. 89) : sur le cou, ainsi détendu et libre, vous apprécierez beaucoup plus aisément la mobilité, les limites et les caractères de surface de la tumeur.

Elle est lisse, régulière, de consistance uniforme sur toute sa con-



FIG. 87. — *Goitre parenchymateux*. — La tumeur est encadrée avec les deux mains, pour en apprécier les contours, la mobilité, la surface, la consistance.

réduisent sous les doigts, se boursoufflent tête baissée et dans l'effort, et présentent des battements, du souffle, même une sorte d'expansion; j'en ai vu, qui avaient fait admettre l'anévrysme carotidien.

Quant aux **goitres plongeants** et **endo-thoraciques**, la manœuvre exploratrice de la figure 63 (p. 54) fournira de très utiles données : on suit la masse descendante dans le creux sus-sternal, jusqu'en arrière du manubrium : on ne parvient pas à en circonscrire le pôle inférieur et à la relever : elle est « enclavée » derrière le sternum. C'est le type du goitre plongeant. Mais il arrive qu'on ne trouve pas de prolongement thyroïdien sus-sternal, et que la tumeur goitreuse soit cachée tout entière

en profondeur : *goitre diffus*; elle est parsemée d'une série de bosselures, apparentes, qui font relief sous la peau, ou qu'on reconnaît au palper : *goitre nodulaire*. Celui-là se prête à l'énucléation, et c'est là l'intérêt capital du diagnostic différentiel.

Vous aurez recours aux mêmes recherches dans les **énormes goitres**, qui sont, ici, exceptionnels; ils sont parfois *unilatéraux* : la grosse tumeur, représentée figure 90, était parfaitement mobile, à peine bosselée, et de consistance molle, tremblotante (goitre colloïde).

Je rappellerai encore les **goitres vasculaires**, qui se



FIG. 88. — *Goitre parenchymateux*. — Limitation du bord inférieur, avec les deux index, plongeant dans le creux sus-sternal.

d'arrière le manubrium, où elle provoque les accidents de compression bien connus : dyspnée, dilatation veineuse du cou et de

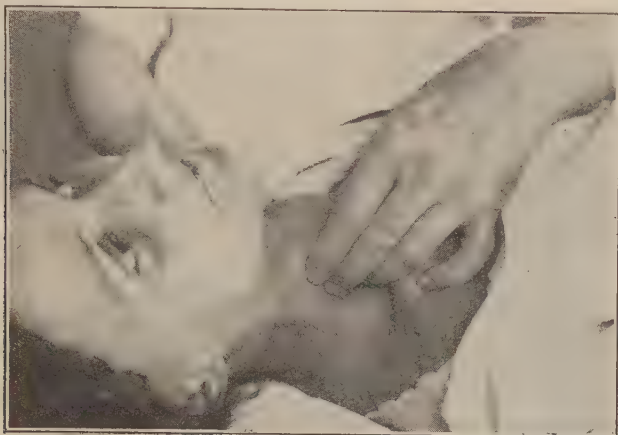


FIG. 89. — Goitre parenchymateux. — Examen dans le décubitus dorsal.

la face. Le palper déclive du creux sus-sternal sera toujours à pratiquer avec insistance, et permettra parfois d'en reconnaître l'extrémité supérieure, en même temps que la percussion sternale profonde pourra révéler une aire de matité; l'examen radiographique devra suivre, naturellement.

Il faut chercher, dans tous les goitres, les signes de basiodowisme : saillie des yeux, tachycardie, tremblement, etc.

Mais le **goitre exophtalmique** essentiel, — si l'on peut ainsi dire — affecte une autre figure : « l'hypertrophie » thyroïdienne est d'ordinaire peu développée, d'aspect régulier, de consistance uniforme, sans bosselures, sans noyaux, sans kystes : c'est l'exophtalmie, directe, symétrique, le plus sou-



FIG. 90. — Goitre parenchymateux. — Volumineux goitre colloïde du lobe gauche.

vent, et d'ailleurs, plus ou moins accusée, qui attire l'attention, et l'examen devra toujours être poursuivi et complété par la

recherche des autres signes caractéristiques (tachycardie, etc.), (fig. 91)¹.

TUMEURS. — Il n'y a pas que des « goîtres » au corps thyroïde : il y a toute une série de **tumeurs néoplasiques**, auxquelles il faut penser, et dont le diagnostic, surtout aux périodes initiales, s'entoure parfois de difficultés, et nécessite une « interprétation clinique » et une explo-

ration des plus minutieuses. D'autre part, les goîtres les plus « francs », après de longues années de latence, sont susceptibles de grossir rapidement et de faire naître l'idée d'une « transformation ».



FIG. 91. — Goitre exophtalmique.

Je rappellerai seulement les *grosses tumeurs*, qui ne sont pas du goitre : fibromes, kystes hydatiques, thyroïdites fibreuses, etc.

Mais voici autre chose, et que vous rencontrerez de temps en temps, en pratique. Je cite un exemple; une jeune femme de trente-cinq ans, assez maigre, d'aspect « fatigué », mère de cinq enfants,

nous est envoyée pour une petite tumeur du lobe thyroïdien droit, dont elle s'est aperçue depuis trois mois, et qui grossit lentement, saille un peu, et devient gênante, sans être douloureuse. La petite tumeur dessine un relief ferme, presque dur; elle fait corps avec le

1. Je ne puis revoir cette figure sans émotion : c'est celle d'une charmante fille de vingt-deux ans, qui était entrée en 1893, à l'hôpital Beaujon, dans le service de Debove, avec un goitre exophtalmique typique. Debove me demanda de lui extirper son goitre, d'ailleurs peu volumineux, bien circonscrit, mobile; l'intervention, pratiquée devant lui, fut des plus simples, et, naturellement, limitée à la zone goitreuse. La petite opérée se réveilla très vite; elle fut tranquille, presque joyeuse, pendant toute la première journée. Le lendemain matin, j'appris avec stupeur qu'elle était morte dans la nuit. Vers minuit, elle avait été prise d'une angoisse respiratoire soudaine : elle n'avait pas tardé à succomber. L'autopsie montra un gros thymus.

lobe thyroïdien : on ne la circonscrit, pas, on ne la mobilise pas. Qu'est-ce donc ?

Ce n'est pas un noyau goitreux : cela n'y ressemble nullement, en tout cas. — Syphilis ? Oui ; là aussi il convient de toujours soulever cette hypothèse (sans le dire) ; la réaction a été faite, et s'est montrée négative. — Tuberculose ? Les noyaux tuberculeux du corps thyroïde sont beaucoup moins durs ; ils sont souvent multiples, ils s'entourent d'une tuméfaction en masse de la glande. — Fibrome ? Ce n'est pas circonscrit, localisé, « détaché », comme le fibrome, et cela tient trop, en se diffusant, dans l'épaisseur de la glande. — *Est-ce donc une forme initiale de néoplasme malin ?*

L'ablation est pratiquée, en taillant en plein tissu thyroïdien, d'apparence saine, à distance de la tumeur ; l'aspect macroscopique ne dissipe pas toutes les inquiétudes : la tumeur est grisâtre, ferme, diffusée à son pourtour ; l'analyse histologique conclut franchement à du *fibro-adenome*. Depuis deux ans, rien n'a repoussé : le corps thyroïde a grossi au cours

d'une maternité nouvelle, mais il a rétrogradé après l'accouchement.

Il faut bien connaître ces formes suspectes, malaisées à personifier.

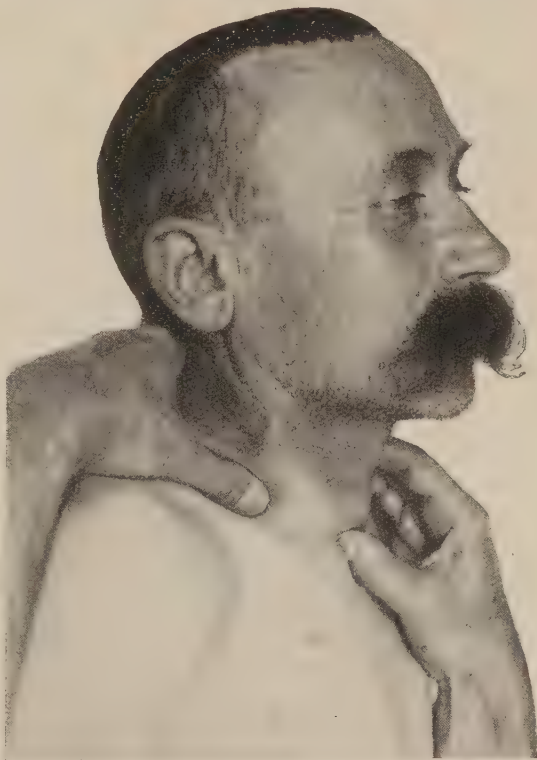


FIG. 92. — Néoplasme du lobe droit du corps thyroïde. — Les doigts de la main droite repèrent la trachée déviée ; les deux pouces délimitent la tumeur par en bas.

Dans d'autres cas, vous trouverez tout un lobe envahi, et vous serez frappé, si vous examinez bien, de la *dureté* particulière de la masse thyroïdienne, de la déviation de la trachée, des signes de compression récurrentielle. Cette compression récurrentielle, cette altération de la voix, s'observant avec une tumeur peu saillante, dure, qui

« tient », en dénoncent la nature. Voyez la figure 92 : il s'agit d'une *tumeur indurée* du lobe droit, avec voix bitonale, et déviation à gauche de la trachée : néoplasme. Que reste-t-il à chercher? Si la tumeur est mobile, sous la peau, dans la profondeur. Elle l'est, dans le cas présent, et les deux pouces, appliqués comme figure 92, reconnaissent aussi qu'elle est limitée, encapsulée, sur son pôle inférieur. Elle sera extirpable.

Il arrive même, que, tout en restant encapsulée, ces tumeurs malignes dessinent au dehors un relief proéminent (fig. 93), bosselé, dur.



FIG. 93. — Gros néoplasme encapsulé du lobe droit du corps thyroïde.

Ailleurs, vous aurez affaire au *cancer thyroïdien*, non enkysté, adhérent et fixe, dans la profondeur, adhérent à la peau, et compliqué de compression récurrentielle, et de compression trachéale. L'induration, l'immobilisation de cette masse, pré ou latéro-trachéale, éclaireront singulièrement le diagnostic.

FISTULES DU COU

Vous verrez des cous parsemés, en telle ou telle région, de *fistules multiples*, qui conduisent à une de ces tumeurs, syphilitiques, tuberculeuses, néoplasiques, dont nous venons d'indi-

quer le siège éventuel et les apparences cliniques. Il n'y a pas lieu d'insister.

Je veux me borner aux **fistules uniques**, dont l'orifice se présente en telle ou telle région, dont le trajet n'est marqué par aucun épaississement notable, dont le « passé », est obscur et imprécis.

Orifice fistuleux s'ouvrant sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, à deux doigts au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, plus haut, parfois; orifice bien limité, ourlé d'une sorte de muqueuse, donnant issue à un minime suintement, séreux et clair; datant de très longtemps, de l'enfance : songez tout de suite à la **fistule congénitale branchiale**.

Vous explorerez ces trajets fistuleux, avec une fine bougie, une

bougie de baleine : ils sont très longs, parfois, et remontent jusqu'au voisinage de l'os hyoïde, jusqu'au pharynx; ne vous attendez pas à les cathétériser « jusqu'au fond »; vous serez arrêtés le plus souvent à la hauteur du bord supérieur du cartilage thyroïde; — ils peuvent être *borgnes externes* et finir en cul-de-sac à tel ou tel niveau; ils peuvent être *borgnes internes*, et ne se traduire, à la surface du cou, que par une petite intumescence, qui devient rouge, fluctuante, s'ouvre spontanément, ou se fait inciser comme un abcès.

Il faut toujours explorer avec grand soin ces trajets fistuleux congénitaux, et se souvenir que l'extirpation n'en est efficace et curatrice, que si elle porte sur toute la longueur du trajet, et principalement sur le « cul-de-sac terminal »

Le même principe opératoire s'applique plus nécessairement encore aux fistules congénitales de la seconde catégorie, aux fistules *secondaires*, consécutives à l'ouverture extérieure des kystes congénitaux. On voit de ces



FIG. 94. — Fistule branchiale sous-hyoïdienne.

du cou; on les voit surtout à la ligne médiane, au-dessous de l'os hyoïde (fig. 94). Enfin, là encore, s'ouvre l'orifice déclive du canal thyro-glosse, qui se prolonge en haut jusqu'à la base de la langue.

A la région sus-hyoïdienne, ces fistules sont rares; mais là, sous la branche horizontale du maxillaire, assez bas quelquefois, et surtout dans la région sous-mentale, vous aurez à penser aux **fistules dentaires**. J'ai vu à plusieurs reprises, de ces petits trajets fistuleux sous-mentaux, qui avaient été cautérisés, curettés, excisés, et qui reparaissaient toujours : il y avait une dent malade, une racine nécrosée; une fois cette dent avulsée ou suffisamment traitée, la fistule se fermait toute seule (Voy. p. 29 et fig. 22 : *Fistules dentaires de la joue*).

Vous pourrez avoir encore affaire à deux autres types de fistules, de fistules uniques, isolées; des **fistules ganglionnaires**, nées d'un gan-

gion tuberculeux, lui-même isolé; — des **fistules osseuses**, qui peuvent procéder de l'os hyoïde, de la première pièce du sternum, et même de la colonne cervicale (Voy. plus loin : *Nuque*).

Avant d'en venir à la nuque, je ne voudrais dire qu'un mot des **déviation du cou et du torticolis**.

Vous verrez des **torticolis cicatriciels**, après brûlures : il conviendra, avant d'intervenir (si l'intervention est possible), de se rendre compte, par le palper, par les essais de redressement, de la « pro-



FIG. 95. — *Torticolis congénital* : vue antérieure.



FIG. 96. — *Torticolis congénital* : vue postérieure.

fondeur » du plan cicatriciel rétracté. Est-il limité à la peau et au tissu sous-cutané; et, au-dessous de ces brides multiples, que vous tendez et faites saillir, sentez-vous la face externe, régulière et bien contractée, du sterno-mastôïdien? — La déviation cervicale date-t-elle de très loin, et faut-il penser que le muscle s'est rétracté ou atrophié? — Ce sont des éléments de pronostic ultérieur, de grande importance, et qui influent singulièrement sur la réparation escomptée.

Plus souvent, vous aurez à constater le **torticolis congénital**, que vous devrez toujours examiner en avant et en arrière (fig. 95 et 96). En avant, vous remarquerez d'ordinaire la saillie, en corde, du faisceau sternal, plus rétracté que le faisceau claviculaire, et l'atrophie, l'aplatissement de la moitié correspondante de la face; en arrière, vous observerez la scoliose cervicale avec rétraction, avec déformation vertébrale dans les formes anciennes.

Enfin, vous aurez affaire aux **torticolis par contracture**, consécutifs à toutes les affections inflammatoires du cou, et à celles de la nuque.

NUQUE

Regardez la figure 97; les deux muscles *trapèzes* que les doigts palpent, figurent les deux bords latéraux de la région; au-dessous des trapèzes, minces et lamellaires, vous sentez deux colonnes musculaires, fermes, épaisses et verticales : ce sont les *grands complexus*. Suivez-

les, ces deux colonnes : elles vous mènent à l'occipital, où leurs insertions jalonnent le bord supérieur de la nuque, au niveau d'une ligne réunissant les deux bases mastoïdiennes et l'inion.

A son bord inférieur, la nuque se continue avec les régions scapulaires et le dos, au niveau d'une ligne transversale passant un peu au-dessous de la 7^e apophyse épineuse cervicale et reliant les extrémités acromiales des deux clavicules.

Sur la ligne médiane, notez le sillon vertical, qui en haut, sous la protubérance occipitale externe, se déprime en fossette; c'est la *fossette de la nuque* (voy. fig. 103). Vous y reconnaitrez, presque toujours, surtout en fléchissant la tête, l'apophyse épi-



FIG. 97 — La nuque : palper des deux muscles trapèzes.

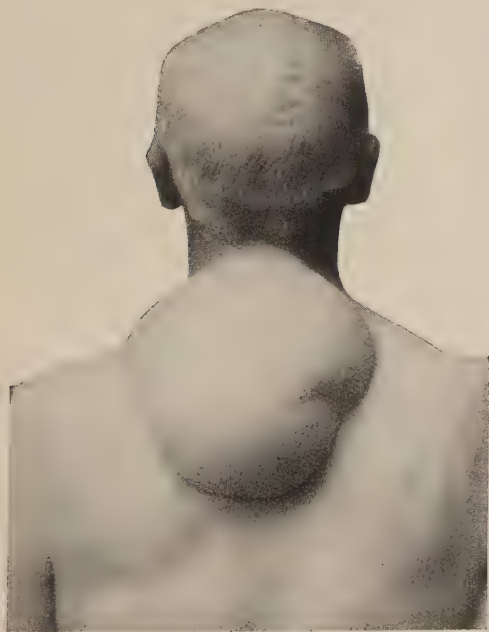


FIG. 98. — Gros lipome de la nuque.

neuse de l'axis; plus haut, vous êtes sur l'espace alloïdo-axoïdien, sur les vertébrales, sur le bulbe: région dangereuse, s'il en fût.

C'est le rachis cervical qui nécessite surtout les explorations méthodiques, que nous allons figurer et décrire, après les **traumatismes**, dans les **arthrites aiguës ou chroniques**, dans le **mal de Pott** cervical.

A la nuque, toutefois, **DANS LES PARTIES MOLLES**, et le plus sou-



FIG. 99.
Lipomes disséminés.



FIG. 100. — *Lipomes disséminés.* — Remarquez l'énorme « fraise » que figurait la masse lipomateuse péri-cervicale.

vent même dans le plan sous-cutané, vous trouverez parfois de **grosses tumeurs**, mais dont la nature, en général, et les connexions originales, sont aisées à préciser :

Des **lipomes** (fig. 98); l'homme portait depuis dix ans cette grosse masse indolente, molle, lobulée, manifestement lipomateuse, se déplaçant dans tous les sens, et ne tenant que par un pédicule relativement étroit, à l'extrémité inférieure de la nuque; l'ablation en fut des plus simples.

Voyez également, les figures 99 et 100 : il s'agit encore de lipomes,

mais de **lipomes disséminés et diffus**, qui, non seulement encadrent le cou sur toute sa périphérie, mais se retrouvent dans toutes les régions, aux parois thoraciques et abdominales, dans le dos, aux membres. Vous avez là un exemple typique de cette *adéno-lipomatose*, que Launois, en particulier, avait bien étudiée, et dont j'ai vu plusieurs autres exemples aussi frappants;

Des **fibromes aponévrotiques**, dont la consistance ferme, presque dure, uniforme, diffère nettement de celle du lipome. Toutefois, l'on trouve parfois des lipomes compacts, et qui forment bloc, et l'on agira sagement, en ne concluant qu'avec réserve. L'intérêt pratique est médiocre, d'ailleurs, car, de toute façon, l'ablation s'impose.

Il convient de garder aussi quelque arrière-pensée pour le *sarcome*, plus exceptionnel, sans doute, mais dont le pronostic est tout autre. Quoi qu'il en soit, on se rend compte, en mobilisant la tumeur (voy. fig. 102), qu'elle se déplace — plus ou moins — sur le plan profond, et qu'elle est implantée superficiellement.

Enfin certaines tumeurs médianes, surtout chez l'enfant, analogues à celle de la figure 101, doivent soulever l'hypothèse de la *méningocèle* (réductible), du *kyste dermoïde* : c'était, ici, un *kyste sanguin*.

Vous verrez encore, à la nuque — et souvent — de volumineuses tumeurs inflammatoires, des **anthrax** : on dirait toujours qu'ils occupent toute l'épaisseur de la nuque, mais le diagnostic en est élémentaire, et l'on sait, par longue expérience, qu'en dépit de leur volume et de leur diffusion, ils ne dépassent jamais l'aponévrose.



FIG. 101. — Kyste sanguin de la nuque. — L'aspect rappelle la méningocèle et le kyste dermoïde.

Je voudrais rappeler aussi les **phlegmons sous-occipitaux**; ce sont, à vrai dire, assez souvent des *adéno-phlegmons*, nés dans ces deux ou trois petits ganglions, qui sont accolés tout en haut, à la face postérieure des grands complexus. On ne les sent pas, à l'état normal, ces ganglions sous-occipitaux; lorsqu'on reconnaît, en palpant sous la protubérance occipitale externe, un ou plusieurs d'entre eux, sous forme de petites nodosités indolentes, fermes, arrondies, peu mobiles, il s'agit de ganglions « hypertrophiés », du fait de lésions du cuir chevelu, et, parfois, de lésions spécifiques secondaires, lesquelles, d'ailleurs, peuvent avoir rétrogradé depuis plus ou moins longtemps : les ganglions persistent, comme des témoins.

Quoi qu'il en soit, le **gros phlegmon sous-occipital, aigu et abcédé** revêt un aspect qui étonne et déroute aux premiers cas observés. Un exemple récent : jeune femme d'une trentaine d'années; les accidents,

sans cause signalée, remontent à dix jours; la tête est infléchie; toute la moitié supérieure de la nuque est soulevée par une épaisse voussure, rougeâtre, œdémateuse; fièvre, douleur intense, irradiant à la région occipitale, à l'épaule. La masse est fluctuante, profondément, à sa partie centrale.

Phlegmon, abcès : aucun doute là-dessus; mais d'où vient-il, cet abcès, qui s'accompagne d'une immobilisation de la tête en flexion? Ne procède-t-il pas d'une infection, secondaire, accidentelle, d'un *processus pottique en voie d'évolution*? C'est cette dernière



hypothèse qui se présente toujours. — Toutefois le début récent de l'affection, l'inspection soigneuse du cuir chevelu, qui montre deux érosions croûteuses, encore rouges sur leur pourtour, l'exploration de la colonne cervicale, qui permet, doucement, de tourner la tête, de l'infléchir un peu plus, de l'incliner latéralement, sans douleur, permettent de conclure au phlegmon sous-occipital pur et simple : effectivement, on ouvre un gros abcès, sans diverticules, et qui guérit sans incident.

FIG. 102. — *Abcès froid médian de la nuque.*
Exploration de l'abcès et de la colonne cervicale.

C'est au *rachis* encore qu'il faut penser, tout naturellement, lorsqu'on se trouve

en présence, non plus d'une masse inflammatoire et phlegmoneuse, mais d'un gros **abcès froid médian**, analogue à celui de la figure 102. Il convient de se souvenir, d'abord, que ces tumeurs médianes de la nuque doivent éveiller l'idée, non seulement de l'abcès froid, mais du lipome, du fibrome aponévrotique. Ici, la fluctuation était évidente : c'était bien un abcès froid, et l'exploration, représentée figure 102 permettait de constater que la tumeur ne tenait que par une base étroite au plan profond, et que la tête se laissait mobiliser dans toutes les directions, sans la moindre entrave ni la moindre douleur. Abcès froid d'origine vertébrale, pourtant, mais né d'un foyer d'ostéite tuberculeuse, localisée, superficielle, des apophyses épineuses ou des lames. La radiographie confirma ce diagnostic, en démontrant, tout au moins, l'intégrité du canal vertébral et des corps vertébraux, et l'intervention le confirma définitivement, en conduisant, sous

l'abcès évacué et curetté, à une petite surface dénudée lamellaire.

Nous aurons à signaler d'autres abcès de ce genre, développés sur les côtés ou en avant, au cou et dans le reste de la colonne vertébrale, lors de tuberculose « périphérique » du rachis (voy. plus loin : *Rachis*); d'ailleurs, ces abcès, et, en particulier, ceux de la fossette de la nuque, et de la ligne médiane postérieure du cou, procèdent souvent aussi du mal de Pott proprement dit.

Et cela nous amène à l'**EXPLORATION DE LA COLONNE CERVICALE**, qui fournit les données essentielles du diagnostic, dans l'**ostéo-arthrite tuberculeuse**, dans les autres **arthrites, aiguës ou chroniques**, et dans les **traumatismes**.

Comment donc explorer le rachis cervical?

Vous pouvez le palper directement : *en arrière*, au fond du sillon médian postérieur de la nuque et dans la fossette (apophyses épineuses; partie interne des lames) (fig. 103); — *sur les côtés*, entre le trapèze et le sterno-mastoïdien, où vous pourrez, avec les deux mains placées comme fig 97 (p. 83) et remontant de bas en haut, repérer les apophyses transverses, sinon directement, au moins d'assez près, pour constater un relief ou une douleur locale; deux de ces apophyses sont accessibles sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien : la 6^e, sur le plan du bord inférieur du cartilage cricoïde; celle de l'atlas, en dessous et un peu en avant de la pointe mastoïdienne; — *en avant, par la bouche et le pharynx*; le toucher pharyngé (voy. p. 52), pratiqué d'avant en arrière, par la bouche, ou même latéralement, par le vestibule et derrière les dernières grosses molaires (après badigeonnage cocaïné préalable), permet de sentir le corps de l'atlas, de l'axis, de la 3^e vertèbre cervicale.

Ajoutons qu'on se trouvera toujours bien, pendant qu'on palpe de la main droite, d'encadrer le sommet de la tête, de la main gauche, pour essayer de la fléchir, de l'étendre, de la tourner, de l'incliner, cette mobilisation, même ébauchée, aidant toujours beaucoup le repérage direct, aux doigts.

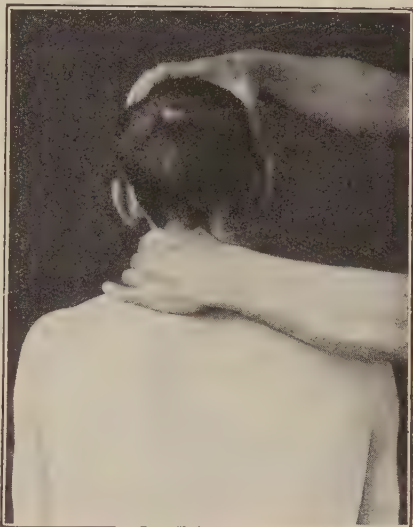


FIG. 103. — Exploration de la colonne cervicale. — Palper de la fossette de la nuque et du sillon.



FIG. 104. — *Exploration de la colonne cervicale. — Examen de la rotation, le pouce appliqué dans la fossette de la nuque.*

nuque, vous voyez, et vous sentez les deux colonnes musculaires tendues, rigides, contracturées; ailleurs, il est infléchi latéralement, sans déviation de la face, mais avec une dépression, arrondie ou angulaire, du côté infléchi, une saillie convexe, du côté opposé; ailleurs encore, il est infléchi d'un côté, avec la face tournée du côté opposé (attitude du torticollis), ou du même côté; vous le verrez encore courbé en avant, le menton rapproché du sternum, le rachis cervical dessinant une convexité postérieure, plus ou moins régulière.

Une fois observées l'attitude et la *mobilité spontanée*, recherchez la *mobilité passive* :

Fig. 104 : examen de la rotation; le pouce gauche est appliqué dans la fossette de la nuque;

Fig. 105 : examen de l'inclinaison latérale; la main gauche, entre le pouce et les doigts, a

Que cherche-t-on, et que peut-on trouver, par ce palper? — La douleur locale; — les déformations ostéo-articulaires, reliefs, enfoncements et dépressions, saillies latérales — l'épaississement des parties molles péri-vertébrales.

C'est le premier temps de l'exploration; le second, le plus important peut-être, comprend l'**examen de la mobilité**.

Tout d'abord, regardez l'attitude du cou et de la tête, et, sans toucher, sans « mettre la main », instruisez-vous des mouvements spontanés, que votre patient peut exécuter, en avant et en arrière, latéralement, en rotation. Le cou est droit, fixe, raide, dans certains cas, et, à la

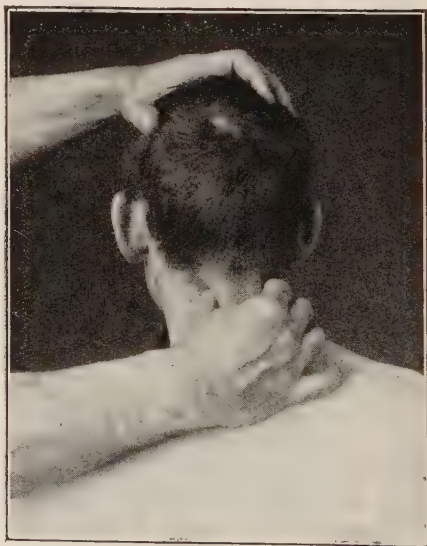


FIG. 105. — *Exploration de la colonne cervicale. — Examen de l'inclinaison latérale.*

empaumé la masse musculaire postérieure du cou; elle est bien placée, de la sorte, pour explorer la colonne cervicale au cours de cette inflexion latérale;

Fig. 106 : flexion de la tête; remarquez la position des doigts gauches, appliqués sur la ligne médiane, « épineuse », de la nuque.

Enfin, complétez toujours votre exploration par le palper sous-sterno-mastoïdien, représenté figure 107 : il se pratique, pendant qu'on incline la tête latéralement, et qu'on la tourne, du même côté, et du côté opposé; autrement dit, c'est un palper « en mouvement »; vos doigts s'insinuent et plongent sous le bord antérieur du sterno-mastoïdien, votre pouce, sous le bord posté-

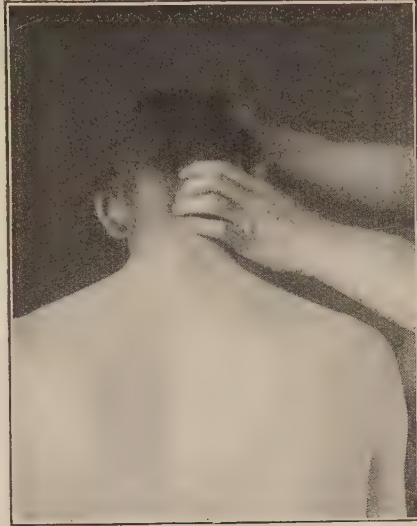


FIG. 106. — Exploration de la colonne cervicale. — Examen de la flexion.

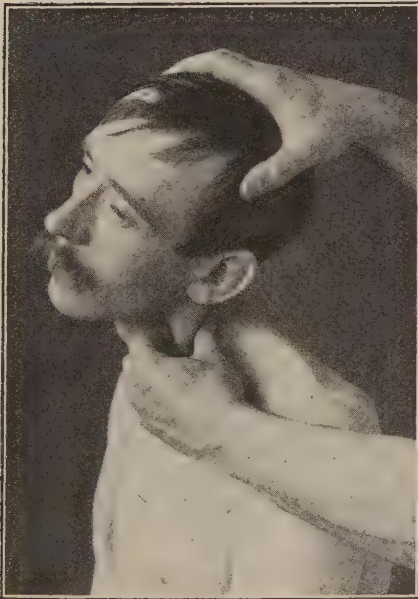


FIG. 107. — Exploration de la colonne cervicale. — Palper sous-sterno-mastoïdien.

rieur : ce faisant, vous pénétrez sur les côtés du rachis cervical, et vous êtes bien placé pour découvrir les infiltrations sanguines, les abcès, dont nous parlerons dans un instant.

Si vous suivez régulièrement cette méthode d'examen — et naturellement avec la douceur et la lenteur indispensables — vous en retirerez de précieux éléments pour le diagnostic initial des **traumatismes**, des **arthrites**, du **mal de Pott**.

I. Après les **traumatismes**, il faut s'informer, avant tout, des **accidents médullaires** : paraplégie complète ou non, paralysie des quatre membres, avec une série de « modalités », qui seront à spécifier ultérieurement.

Ce qui importe au diagnostic

d'urgence, dont nous parlons, c'est la constatation immédiate de la **paralysie des membres** : elle signifie à peu près toujours une **luxation** ou une **fracture**, ou les deux lésions combinées.

Explorez donc avec de minutieuses précautions ; il vous arrivera — rarement — de trouver la tête infléchie, une dépression nette sur la ligne épineuse, à telle ou telle hauteur, et de vous assurer, en essayant de relever le front, que « cela tient », que la déformation est irréductible ; — il vous arrivera encore de voir la tête déviée latéralement, le rachis cervical convexe et saillant du côté opposé, et, cette fois encore, de ne pouvoir ramener la tête en rectitude ; **luxation antérieure ou latérale**.

Ailleurs, vous constatez une *dénivellation* accusée du plan rachidien, postérieur ou latéral, mais la tête n'est pas « fixe », et l'on relève, en tel ou tel point, une *mobilité anormale*, combinée parfois à une certaine crépitation, et qu'il ne faut, du reste, explorer qu'avec une particulière réserve, en songeant à l'éventualité de la coudure brusque, du glissement, de la compression médullaire.

Ne cherchez à rien obtenir de très précis, avant l'examen radiographique ; ce qu'il faut s'efforcer d'établir à l'inspection initiale, c'est ceci : le cou est-il fixé, dans l'attitude anormale qu'il peut présenter ? Est-il mobile ? Le péril immédiat est surtout grave, dans ce dernier cas, et la menace des inflexions brusques commande les précautions à prendre pour le transport immédiat, s'il est inévitable, et les moindres déplacements du blessé.

S'il n'y a pas d'accidents médullaires, vous pourrez avoir affaire, cependant, à une fracture du corps vertébral : la douleur locale, recherchée comme nous l'avons dit, sera, le plus souvent, le seul indice de localisation : la radiographie vous renseignera. — Il arrive même qu'on trouve une luxation, unilatérale ou bilatérale, en avant, bas située ; et j'ai vu une luxation de ce genre, très ancienne, sans accident.

C'est encore la radiographie qui permettra de préciser les *fractures des lames, des apophyses transverses, des apophyses épineuses*, isolées ; et l'on fera bien de penser à ces fractures périphériques, pour ne pas conclure, d'emblée, à la contusion simple, ou à l'entorse. Quant aux apophyses épineuses, il arrive, lorsqu'elles sont fracturées à la base, qu'elles soient, en même temps, inclinées latéralement, et que l'on trouve, au palper de la ligne épineuse, non seulement une douleur locale, mais une dépression, et, sur le côté, l'apophyse fracturée, qui se laisse, plus ou moins aisément, encadrer et relever.

II. Je ne puis que signaler les *diverses arthrites, rhumatismales, infectieuses, aiguës ou chroniques*, du rachis cervical, et insister sur ce fait, que, si la tuberculose est loin d'être seule à évoquer, dans les

cas de ce genre, il convient pourtant de réserver une arrière-pensée aux formes aiguës, aux formes chroniques anormales, qu'elle affecte parfois.

Je voudrais, à ce propos, formuler ici une remarque générale de pratique : on se gardera de rien conclure, d'emblée, du « cou raide », totalement immobilisé par la contracture de la nuque ; pareille raideur se voit au cours de toutes les affections douloureuses du rachis cervical, quelque localisée et superficielle que soit la lésion originelle. Et l'examen de ces cous rigides est absolument illusoire dans la position debout ou assise : c'est dans le décubitus dorsal que l'on acquerra parfois, si l'on sait s'y prendre, la preuve de l'intégrité réelle des articulations vertébrales et du siège para-vertébral de « ce qui résiste ».

III. Quant au **mal de Pott**, de la forme chronique habituelle, deux types sont à distinguer, suivant qu'il porte sur les deux premières vertèbres (*mal sous-occipital*) ou sur le reste de la colonne cervicale.

C'est à lui — et à ses stades initiaux — que s'appliquent particulièrement les divers modes d'exploration, figurés plus haut (fig. 103-107.) Mais je répète qu'il faudra toujours y recourir avec une particulière légèreté de main, au début, chez un malade qu'on examine pour la première fois — et, du reste, il est tout à fait inutile de « forcer le mouvement », pour obtenir les données utiles.

L'attitude — l'immobilisation douloureuse — est souvent caractéristique, à la simple inspection : la tête est droite, un peu inclinée latéralement ; elle reste fixe ; le sujet (un jeune d'ordinaire, enfant ou adolescent) ne la tourne pas pour regarder de côté : il tourne les yeux, il tourne le haut du tronc ; il la maintient, des deux mains, sa tête, pour se coucher ; il s'astreint à des « précautions~de mouvement », analogues à celles que nous allons décrire, et figurer, plus loin, à propos du mal de Pott dorso-lombaire. Et c'est déjà une des meilleures preuves de lésion articulaire. — En outre, notre malade souffre de douleurs irradiées, à la région occipitale (*névralgie occipitale*), sur les côtés du cou, à l'épaule.

Explorez la fossette de la nuque (fig. 103) : douleur profonde, nette, aiguë ; explorez le devant des deux premières vertèbres, par le toucher pharyngé : douleur osseuse.

Le diagnostic s'impose : mal sous-occipital au stade initial, sans épaississement perceptible encore, sans abcès. Toutefois, rappelez-vous, avant de conclure, les arthrites vertébrales (gonococcie), dont nous parlions tout à l'heure ; rappelez-vous aussi le **torticolis postérieur** ; enfin l'**ostéomyélite rachidienne**.

Dans le *torticolis postérieur* (contracture du trapèze et des muscles de la nuque), la tête est en hyperextension, inclinée ou tournée de tel ou tel côté, et cette attitude fixe éveille tout de suite l'idée de l'ostéo-

arthrite tuberculeuse. C'est alors que l'exploration de la mobilité, par les procédés représentés fig. 104 et 106, fournit de précieux éléments d'interprétation; la contracture musculaire interdit les mouvements étendus, mais vous réalisez, pourtant, librement, sans douleur, la flexion de la tête (articulation occipito atloïdienne), la rotation de la tête (articulation atloïdo-axoïdienne), et vous vous rendez compte que ces deux articulations sont indemnes, et qu'elles ne sont enrayées que par un obstacle périphérique.

Quant à l'*ostéomyélite vertébrale*, elle ressemble parfois, de très près, au mal de Pott, mais elle a débuté par des accidents aigus, fébriles, qui permettent de la reconnaître, si l'on s'enquiert du passé et des « commencements » avec une attention suffisante.

A une période plus avancée, les signes d'exploration se complètent: la fossette de la nuque est comblée par une masse épaisse: une gangue, de pareille consistance, se retrouve, au toucher pharyngé, sur le devant de l'atlas et de l'axis; et puis, les abcès paraissent: — *abcès postéro-latéraux*, sur la ligne médiane, sur les côtés de la nuque, sous le sterno-mastoïdien, descendant très bas, parfois, jusqu'au creux sus-claviculaire; — *abcès antérieurs*, rétro-pharyngiens, rétro-œsophagiens. Ces collections peuvent se développer avec une singulière lenteur, et rester longtemps méconnues.

C'est alors, également, qu'on peut observer la *luxation de l'atlas en avant*: relief antérieur, au toucher pharyngé; relief, dans la fossette de la nuque, de l'apophyse épineuse de l'axis, avec dépression sus-jacente: accidents médullaires, monoplégie brachiale, hémiplégie, quadriplégie, procédant de la compression médullaire, qu'elle soit due aux abcès intra-rachidiens ou à la dislocation vertébrale.

Ces abcès *se fistulisent* parfois, avant même qu'il se soit produit de luxation ou de compression médullaire, et je voudrais rappeler certaines formes, où il y a lieu de penser encore à l'ostéomyélite. Raideur du cou; douleurs; fistules de la nuque: l'aspect est, de tout point, celui d'une tuberculose sous-occipitale, ancienne et périphérique: mais l'exploration des trajets vous conduit sur de l'os dur, nécrosé largement, et dans les antécédents, vous retrouvez une crise aiguë initiale; dans l'évolution ultérieure, certaines crises fébriles, qui se sont plus ou moins répétées. Ostéomyélite chronique prolongée: j'ai opéré deux cas de ce genre, qui ont finalement guéri.

Vous pourrez observer le mal de Pott, au cou, non seulement sur l'atlas et l'axis, mais sur tel ou tel point du rachis cervical; les signes d'exploration seront analogues à ceux que nous venons d'esquisser; toutefois, la flexion et la rotation de la tête persistent, et c'est l'inclinaison (fig. 105) qui, dès le début, est enrayée.

THORAX

Les *schémas détaillés* de topographie pariéto-viscérale, au thorax, *ne servent guère* : ils sont d'une précision toute relative, dans une région, dont le contenant et le contenu sont en perpétuel mouvement, dont la forme varie notablement, suivant les sujets (voy. le thorax long, avec long cou, de la figure 114 ; le thorax carré d'emphysémateux fig. 142), et qui se présente souvent, lors de l'examen clinique, déformée, rétractée, œdématiée. Ici encore, les lignes « mathématiques », les localisations « au centimètre » sont un leurre ; et puis, qui donc retient, et trouve au premier appel, ces chiffres et ces tracés ?

Il faut apprendre à **s'orienter par des repères**, qui saillent aux yeux et aux doigts, et par des **lignes de direction**, très simples, reliant ces repères, verticales et transversales.

Ces repères, vous les trouverez **en avant**, **sur les côtés**, **en arrière**.

EN AVANT

Fig. 108 : sur la ligne médiane, reconnaissez la *fourchette sternale*, entre les extrémités internes, saillantes, des clavicules, que croisent, sans les masquer, les tendons sterno-mastoïdiens¹.

Descendez sur le devant du sternum : à la limite inférieure de la 1^{re} pièce, du manubrium, vous verrez très souvent, vous relèverez toujours au palper, un relief transversal, un angle saillant : c'est l'**angle de Louis**. Sur ses côtés, s'attachent les 2^e cartilages costaux ; *angle de Louis*, 2^e côte ; *clavicule*, 1^{re} côte : ces deux notions, toutes simples, amorceront le dénombrement des côtes, de haut en bas.

En arrière de l'angle, la trachée se bifurque : les grosses bronches croisant obliquement le tiers interne des 2^e espaces intercostaux. C'est encore à ce niveau, ou un peu plus bas, (2^e espaces) — que remonte la *base du cœur*.

Au-dessus de l'angle, derrière le manubrium, se trouve l'*aire des*

1. La fourchette est dans le plan horizontal de la 2^e vertèbre dorsale.

gros vaisseaux; l'aorte, à droite, à la hauteur des 1^{er} et 2^e espaces¹; la veine cave supérieure, ascendante également, du 3^e au 4^{er} cartilage costal, mais qui déborde normalement le bord droit du sternum.

Au-dessous de l'angle, continuez à suivre la face antérieure du sternum; elle sera parfois déformée, fortement convexe en avant, excavée, infundibuliforme : trouée même; ce sont des anomalies congénitales ou des séquelles du rachitisme.

Il sera plus important de s'assurer que le *sternum* est *bien vertical* :

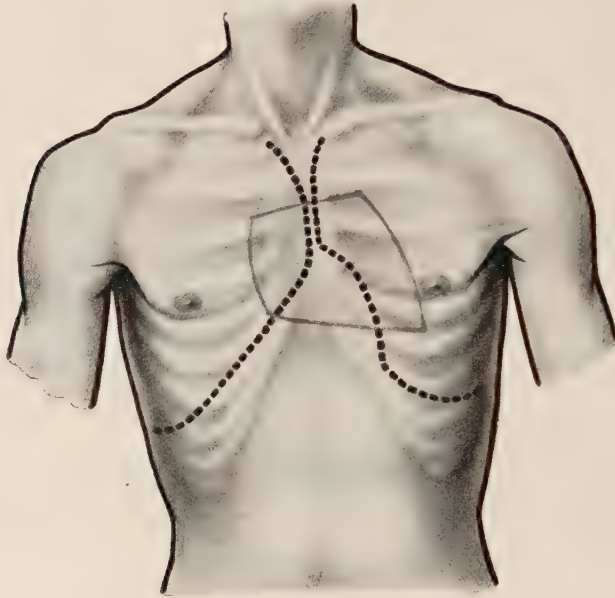


FIG. 108. — Repères de la face antérieure du thorax. — Aire cardiaque; bords pulmonaires antérieurs.

tracez une ligne droite, du milieu de la fourchette à la base de l'appendice xiphoïde; tracez une autre droite, du milieu de la fourchette à la symphyse pubienne. Les deux lignes se confondent, si le sternum est vertical, médian; la ligne sternale se dévie à droite ou à gauche², s'il est oblique, incliné latéralement, attiré d'un côté par une distension thoracique unilatérale (épanchement, tumeur), ou par une scoliose vertébrale. La déviation saute aux yeux, très souvent; mais il y aura un réel intérêt à la préciser, par la manœuvre précédente, dans certains cas, où l'on cherche à se renseigner sur l'existence d'une collection ou d'une tumeur intra-thoracique.

1. Rappelez-vous la percussion de dehors en dedans, vers le bord sternal, que pratiquait Potain, dans le 2^e espace, pour déceler la dilatation aortique. C'est encore là, à droite, et aussi à gauche, que se montrent les anévrysmes au début.

2. C'est le signe du cordeau, de Pitres.

Vous êtes à la base de l'**appendice xyphoïde**; il est de forme variable, cet appendice : long, épais, vertical; bifurqué à sa pointe; rétracté en arrière; incurvé en avant; quelquefois troué, lui aussi. Après l'avoir suivi de haut en bas, prenez-le en travers, et remontez jusqu'à sa base¹ : vos doigts s'arrêtent dans l'*angle costo-xyphoïdien*, de Charpy, évasé, large, dans les thorax carrés et courts; étroit, aigu, dans les thorax longs.

En avant et latéralement, vous aurez le *relief claviculaire*, le *mamelon*, l'*arcade costale*.

Le *mamelon* n'a rien, certes, d'un point mathématique et fixe; même chez l'homme, il varie un peu de siège, en long et en travers. Pourtant, il répond d'ordinaire au 4^e espace, et, situé entre la 4^e et la 5^e côte, il est très souvent plus près de la 4^e, quelquefois au-devant d'elle (fig. 108). C'est un repère « qui se voit », et, à ce titre, *sans rien lui demander de très précis*, il rend des services. On retiendra, en particulier, que la côte sous-jacente au mamelon, c'est, d'ordinaire, la 5^e côte, — et c'est là, aussi, une côte-repère, car elle signale la coupole diaphragmatique, à droite (à gauche, la coupole remonte un peu moins haut).

Enfin la ligne verticale passant par le mamelon (*ligne mamelonnaire*) servira de directrice, avec la *ligne médio-sternale*, et encore la *ligne para-sternale* (qui suit le bord latéral du sternum et la série des articulations chondro-sternales), pour s'orienter sur le devant du thorax.

Il y a un autre repère, sur le thorax vivant, le **choc de la pointe du cœur**, le **choc apexien** : on le trouve, en général, sur la ligne mamelonnaire gauche, en dessous du mamelon, dans le 5^e espace; bien entendu, le point n'a rien de fixe et de précis, même à l'état normal, et varie, en particulier, avec les attitudes : dans le décubitus latéral gauche, la pointe se déplace de deux travers de doigt vers l'aisselle.

Toujours est-il qu'avec ce **choc apexien**, l'**angle de Louis**, l'extrémité sternale du 5^e cartilage droit, nous avons tout ce qu'il faut pour esquisser l'**aire cardiaque**, schématique (fig. 108); au-dessous de l'angle de Louis, vers le milieu de la 2^e pièce sternale, tracez une ligne transversale, qui déborde un peu le sternum, à droite et à gauche; de l'extrémité gauche, menez une ligne oblique jusqu'à la pointe (au choc); de l'extrémité droite, faites descendre une ligne, un peu convexe en dehors, jusqu'à l'attache sternale du 5^e cartilage droit, il ne restera plus qu'à relier cette 5^e articulation chondro-sternale à la pointe (au choc) par une dernière ligne, qui croise le sternum à la base de l'appendice xiphoïde.

Cette « aire schématique » ainsi construite, n'a, certes, qu'une

1. La base de l'appendice xiphoïde répond à la 4^e dorsale.

valeur médiocre, en pratique : c'est la **percussion** seule (matité relative)

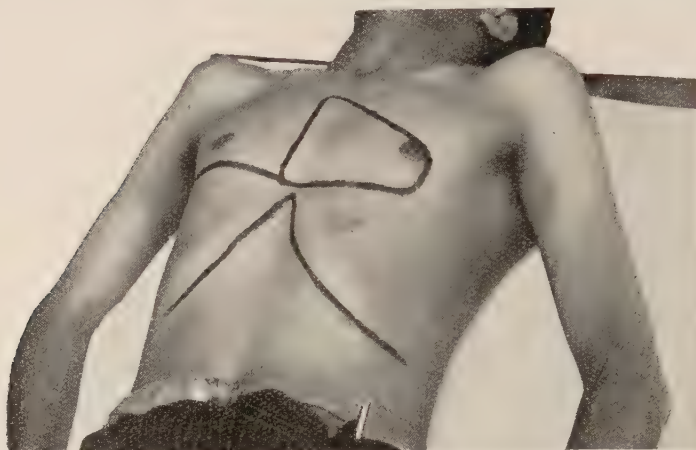


FIG. 109. — L'aire cardiaque, tracée par la percussion, en attitude demi-assise, chez un homme sain (Matité relative). — Les arcades costales sont « tracées » : à droite, la matité hépatique ; à gauche, un large espace triangulaire, sonore, l'espace de Traube.

qui révèle, individuellement, la « figure » approximative du cœur. Voyez figure 109 : le tracé cardiaque a été établi par la percussion,

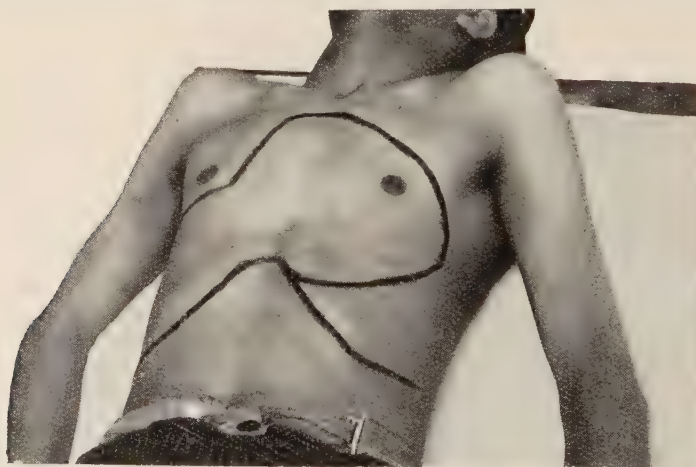


FIG. 110. — L'aire cardio-péricardique, dans un gros épanchement du péricarde. — Notez que la matité s'est surtout étendue en bas et à gauche, vers l'aisselle et dans l'espace de Traube.

chez un sujet normal, et l'on peut noter qu'il se superpose à peu près complètement à celui de tout à l'heure (fig. 108).

Comparez ce tracé — normal, — à celui de la figure 110 ; ici, gros

épanchement péricardique; l'aire de matité, complète, de contour arrondi, s'est étendue en haut, en dehors, mais surtout en bas : en bas et à droite, elle se confond avec la matité hépatique; en bas et à gauche, vers l'aisselle, elle réduit notablement l'espace de Traube.

Il y a donc « du cœur », et c'est ce qu'il faut retenir, derrière le sternum, de la 2^e pièce à la base de l'appendice xiphoïde; — dans les 3^e, 4^e, 5^e espaces gauches; — un peu, dans les 3^e et 4^e espaces droits. C'est l'oreillette droite, qui déborde le sternum, à droite, de 1 centimètre et demi à 2 centimètres; l'oreillette gauche est en arrière du sternum et du 3^e cartilage gauche; le ventricule droit est rétro-sternal, mais déborde un peu à gauche; le ventricule gauche est tout entier extra-sternal, dans les 3^e, 4^e, 5^e espaces.

Quant au *péricarde*, il dépasse largement les limites de l'aire cardiaque, sur tout son pourtour; il remonte, en haut, jusqu'à la partie moyenne du manubrium. Lors d'épanchement (hémopéricarde, péricardite séreuse ou purulente), la matité se prolonge surtout en bas et en dehors, comme on le voit figure 110.



FIG. 111. — Vue « axillaire » du thorax. Lignes axillaires antérieure ou postérieure. — Une verticale descendant du sommet concave de l'aisselle à l'arcade costale — entre les deux pouces — figurera la ligne axillaire moyenne.

Sur le côté, dans l'aisselle.

Voilà le thorax « repéré » en avant; repérez-le sur le côté — dans l'aisselle, comme on dit.

Voyez la région (fig. 111), le bras relevé. Abaissez une ligne verticale du sommet de l'aisselle, du creux que vous apercevez tout en haut; c'est la ligne axillaire, la **ligne axillaire moyenne**, autre *directrice*, latérale, qui sert aussi à l'orientation. — Faites descendre une autre verticale du bord inférieur du grand pectoral : ce sera la **ligne axillaire antérieure**; une autre, du bord inférieur du grand dorsal : ce sera la **ligne axillaire postérieure** (fig. 111).

Une *ligne mamelonnaire horizontale* vous permettra de séparer le

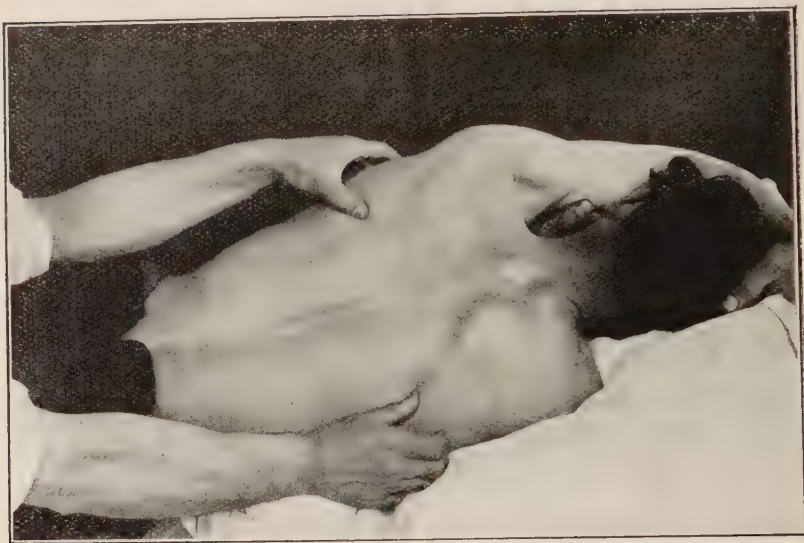


FIG. 112. — *L'espace inter-scapulaire*. — Le bras droit est reporté en avant; le bras gauche relevé en abduction. Écartement des omoplates. Les deux mains repèrent les angles scapulaires déclives.

creux axillaire proprement dit, en haut, de la zone sous-axillaire, en dessous, qui se continue plus bas sur l'hypochondre. Vous devez toujours, dans les affections thoraciques, explorer « l'aisselle »; vous aurez maintes fois à intervenir « par l'aisselle » : il convient de « se familiariser » avec cette région.

EN ARRIÈRE

En arrière, maintenant, et c'est là que l'on percute et que l'on ausculte surtout.

Sur la ligne médiane, la crête épineuse, quelquefois déprimée ou sinueuse (voy. plus loin : *Dos*) : un trait, c'est la **ligne vertébrale**, qui fait pendant, en arrière, à la ligne médio-sternale, en avant.

Sur les côtés, les *omoplates* : cherchez l'*épine*, le *bord interne*, mobile, qui se déplace en dehors et découvre largement la **région inter-scapulaire** (fig. 112), lorsque les bras se croisent en avant ou se relèvent en abduction; l'*angle inférieur* (le *point scapulaire*), qui répond à la 7^e côte.

Les deux omoplates en attitude normale, et les bras accolés au

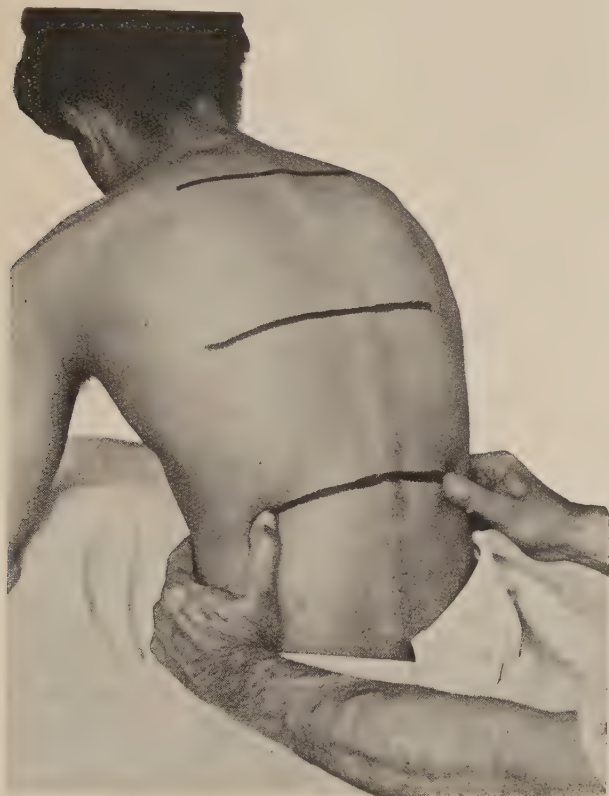


FIG. 113. — Lignes directrices transversales de la face postérieure du thorax; ligne bi-épineuse; ligne bi-scapulaire, réunissant les deux angles déclives; ligne bi-costale, reliant les 12^e côtes.

tronc, prolongez par une verticale le bord interne : vous aurez la **ligne scapulaire**, une directrice encore.

Au-dessus de l'épine, dans la *fosse sus-épineuse*, la percussion est particulièrement importante, au niveau de sa moitié interne surtout (sommet du poumon). Ce qui intéresse particulièrement le chirurgien, ce sont les *foyers pleuro-pulmonaires* (abcès, gangrène, kystes) sous-jacents à l'omoplate, sous-scapulaires, et qu'on ne peut aborder qu'en

utilisant la mobilité de l'omoplate, pour la luxer en dehors, après section des attaches musculaires du bord interne.

Entre les omoplates, vous êtes sur le bord postérieur du poumon, sur le hile, en haut, sur le médiastin (voy. fig. 112).

Au-dessous des angles inférieurs, vous êtes sur la base des deux poumons.

Pour vous « orienter », encore une fois, tracez ou supposez trois lignes transversales (fig. 113) : la **ligne bi-épineuse**, qui relie l'extrémité interne des deux épines, marquée par un tubercule, en relief chez les maigres (fig. 114) et qu'on retrouve, au palper, chez les gras, en suivant de bas en haut le bord scapulaire interne; — la **ligne bi-scapulaire**, qui réunit les deux angles inférieurs; — la **ligne bi-costale**, déclive, qui va de l'une à l'autre des 12^e côtes.

Vous vous trouverez bien de savoir trouver ces 12^e côtes : il faut les chercher en arrière, par la manœuvre indiquée plus loin (voy. *Rein*), en faisant glisser les pouces, qui dépriment, de bas en haut, sur le bord externe de la masse sacro-lombaire.



FIG. 114. — Face postérieure du « thorax » (thorax long, long cou, longues omoplates); relief des bords scapulaires internes, des angles inférieurs, des tubercules épineux.

Vous abordez là les confins supérieurs de la région lombaire : **jusqu'ou descend le bord inférieur du poumon, et le cul-de-sac déclive de la plèvre**, le cul-de-sac costo-diaphragmatique?

Il y a du poumon, dans la ligne scapulaire, jusqu'à la 11^e côte (fig. 115); de la plèvre, jusqu'à la 12^e, assez souvent jusqu'au-dessous, de l'apophyse transverse de la 1^{re} lombaire.

Il y a du poumon dans la ligne axillaire (moyenne) jusqu'à la 9^e côte, de la plèvre jusqu'à la 10^e.

Il y a du poumon, dans la ligne mamelonnaire, jusqu'à la 7^e côte, de la plèvre, jusqu'à la 8^e (fig. 108).

En avant, il n'y a pas de plèvre ni de poumon derrière le manubrium; les bords pulmonaires et les culs-de-sac pleuraux antérieurs



FIG. 115. — *Limite décline du poumon.* — La main droite repère la 12^e côte.

se rapprochent obliquement, pour se rejoindre derrière l'angle de Louis.

De là, ils descendent verticalement derrière le sternum, accolés un peu à gauche de la ligne médiane (voy. fig. 108). Le bord pulmonaire droit descend ainsi jusqu'au 6^e cartilage costal, et s'infléchit alors en bas et en arrière, le cul-de-sac pleural s'infléchit un peu moins, un peu plus bas; — le bord pulmonaire gauche descend jusqu'au 4^e cartilage, puis s'incurve en dehors, du 4^e au 6^e (incisure cardiaque); le cul-de-sac pleural s'incurve à peine, et ne découvre qu'une petite zone, latéro-sternale, du 5^e espace.

TRAUMATISMES

A. PAS DE PLAIE : CONTUSION, CHUTE, COMPRESSION BRUSQUE.

— Il arrive que la lésion thoracique soit associée, dans certains « grands » traumatismes, à des lésions graves des membres, de l'abdomen, du crâne; je suppose qu'elle est isolée, ou presque. *Comment explorer ?*

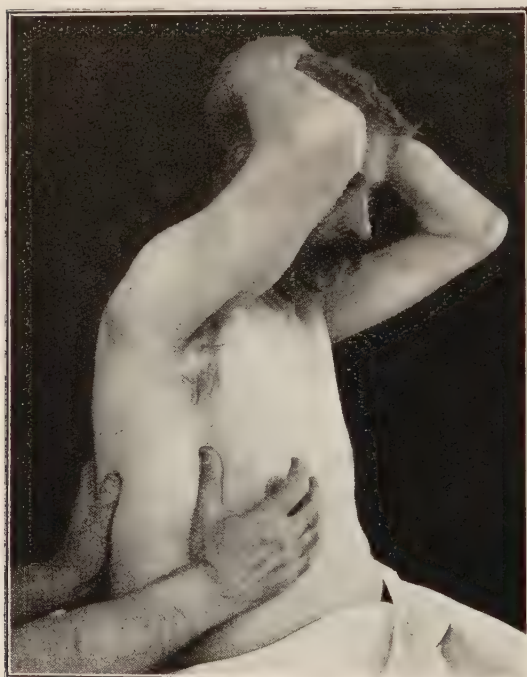


FIG. 116. — *Exploration de la paroi thoracique*
(fracture de côtes, etc.).

men, du crâne; je suppose qu'elle est isolée, ou presque. *Comment explorer ?*

Avant tout, le blessé couché, demi-assis, bien appuyé, la poitrine découverte, *regardez* : regardez la face (voy. plus haut, p. 17), le *masque ecchymotique*; le cou, la paroi thoracique; voyez respirer.

La respiration est à peu près normale, un peu superficielle, pourtant : un des côtés du thorax se soulève moins que l'autre dans l'inspiration. Demandez une *respiration « profonde »*; vous ne l'obtenez pas, ou bien, elle s'arrête brusquement : notez ces premiers indices.

— Inspectez-le soigneusement, de l'œil, ce côté qui respire mal : vous y trouverez parfois, en tel ou tel point, une ecchymose, une « bosse », une *voussure* locale, de contour imprécis; palpez : bosse sanguine; crépitation emphysémateuse.

Dans ce dernier cas, la fracture est certaine : il reste à en reconnaître le siège, comme nous allons le dire.

Vous ne voyez rien, ou rien de net, à ce premier « regard » : encadrez largement de vos deux mains, l'une en avant, l'autre en arrière, la paroi thoracique, le pouce droit appliqué verticalement sur le côté (fig. 116) : « faites tousser : votre blessé tousse « avec circonspection », mal, sans force : c'est déjà une présomption de fracture, mais vous

devez sentir, sous la main, une crépitation brusque. — Si vous ne sentez rien, remontez progressivement vers l'aisselle, en faisant tousser à chaque étage, et répétez la manœuvre en empaumant le thorax transversalement, d'un côté à l'autre.

Voilà une manœuvre bien minutieuse, pour trouver une « vulgaire » fracture de côte, que la *radiographie* dénonce si facilement : mais la manœuvre minutieuse ne demande qu'une demi-minute; la radiographie n'est pas là, toute prête, dans tous les milieux — et la fracture de côte, méconnue, n'est pas sans créer parfois des accidents ultérieurs d'interprétation malaisée. Voyez la figure 117 : segment de côte réséqué, avec cal saillant au bord inférieur; il s'agissait d'un ouvrier, qui, depuis trois ans, souffrait d'une névralgie intercostale, vaguement traitée, et tenue pour suspecte.

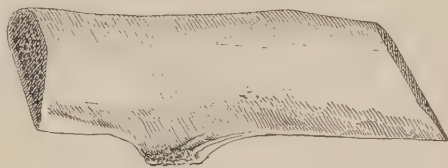


FIG. 117. — Cal saillant du bord déclive d'une côte, et névralgie intercostale. Fracture méconnue.

Remarquez bien que, dans la majorité des cas, vous trouverez sans peine la *crépitation locale*, qui signale la fracture; mais il ne faut pas oublier de rechercher, si l'on n'a rien constaté à la manœuvre plus

haut figurée, les *fractures de l'angle postérieur*, ou encore, tout en avant, les *luxations chondro-costales*, les *fractures des cartilages costaux* (douleur locale, relief, crépitation sourde); les *luxations chondro-sternales* (saillie para-sternale, plus ou moins dépressible); enfin les **fractures du sternum**.

Celles-là sont rares, moins peut-être qu'on n'en l'écrit, pour les fractures transversales sans déplacement; c'est en suivant, avec l'index et le médus, de haut en bas, la face antérieure du sternum, qu'on les découvre et qu'on les caractérise; surface continue, sans heurt, avec une *douleur locale transversale*, nette, à tel ou tel niveau, et quelquefois, une fissure reconnaissable, une rigole, un peu d'écartement; — *saillie antérieure* bien apparente, le plus souvent au voisinage de l'articulation des deux premières pièces, dépression angulaire sous-jacente : chevauchement en arrière du fragment inférieur; — dépression, bordée en bas par un relief transversal qui proémine : *chevauchement en avant du fragment inférieur*. Ces fractures chevauchées, consécutives à des traumatismes graves, sont souvent associées à des fractures du rachis ou à des fractures multiples de côtes. On peut voir de semblables fractures, avec déplacement, antérieur ou postérieur, sur l'appendice xiphoïde.

Pour revenir aux fractures de côtes isolées, elles ne devraient jamais passer pour un accident banal, surtout si l'on constate un peu d'em-

physème à leur niveau, et si, à la question traditionnelle, qu'il ne faut jamais oublier de faire : « Avez-vous *craché du sang*? », une réponse affirmative est faite, ou que vous puissiez constater encore, vous-même, ces crachats sanglants. Le poumon a été intéressé : auscultez toujours ; cherchez l'hémo-pneumo-thorax, et craignez la pneumonie traumatique.

Ailleurs, même sans faire tousser, vous percevez, sous la main largement appliquée, une *crépitation multiple*, au cours de la respiration : fractures de plusieurs côtes, ou fracture comminutive. La constatation, par elle-même, n'est pas particulièrement inquiétante, si le foyer de fracture n'est pas très étendu, mais elle commande, plus impérieusement encore, l'examen et la surveillance du poumon et de la plèvre.

Il arrive encore qu'on se trouve en présence d'**attritions larges de la paroi thoracique**, et qui se compliquent d'**accidents dyspnéiques** alarmants. Parfois, on reconnaît, au palper, l'enfoncement, l'*embarure*, d'un segment plus ou moins large de paroi.

Ce sont là des traumatismes menaçants ; le blessé respire mal, superficiellement, avec angoisse ; il est cyanosé, ou présente un facies grisâtre, terne, de mauvais augure ; le pouls est fréquent, mou, souvent irrégulier. On trouve, à la base du thorax, une doublure d'infiltration sanguine et d'œdème, avec ou sans emphysème ; la percussion et l'auscultation révèlent de la matité, de l'obscurité respiratoire, ... rien de bien caractérisé, en général.

On ne saurait émettre de pronostic trop réservé, en pareil cas. Il y a un élément capital d'incertitude : l'intensité et la diffusion des lésions pulmonaires, dues à la violence du choc, qui s'est librement transmise à travers la paroi costale, fracturée et détachée : ruptures superficielles, ruptures interstitielles disséminées, infiltrations sanguines généralisées.

On voit guérir certains cas de ce genre, où le pouls est resté bon et régulier, dès les premières heures, et qui se traduisent par un vaste épanchement sanguin, intra et surtout péri-thoracique. Je n'ai jamais observé d'*ecchymose lombaire* (ecchymose de Valentin) aussi vaste, aussi foncée, que chez un gros homme d'une cinquantaine d'années, qui nous avait été amené avec un pareil délabrement de la paroi thoracique gauche, et dont l'état initial, fort alarmant, s'était peu à peu amélioré.

Mais il faut toujours craindre, dans ces conditions, la mort rapide, la mort brusque ; j'en ai vu aussi de frappants exemples, et dans des cas, où l'intervention immédiate ne semblait indiquée ni par l'embarure marquée d'un segment pariétal, ni par un hémothorax ou un hémopneumo-thorax croissant. Il y a là une question grave, qui vaudrait d'être étudiée.

Et l'énoncé de cette question nous conduit tout naturellement aux **asphyxies traumatiques**, sans fracture pariétale, par compression circonférentielle du thorax. C'est, en particulier, « l'accident des foules », et j'en ai observé de nombreux exemples, pendant la guerre, à la suite d'une chute de bombe d'avion, près de la station du Métropolitain « Bolivar ». Les blessés sont en état d'asphyxie blanche, avec perte de connaissance, respiration superficielle et intermittente, pouls petit, fréquent, incomptable parfois, pâleur de la face. On ne trouve pas de lésions traumatiques, pariétales ou profondes. La mort survient,

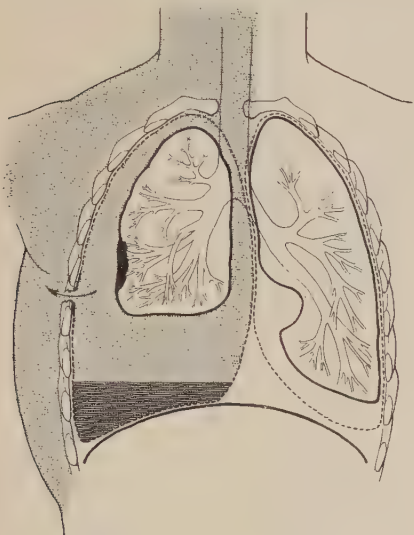


FIG. 118. — Hémo-pneumo-thorax; emphy-sème sous-cutané, qui reflue, à la base du cou, dans le médiastin. (Schématique.)

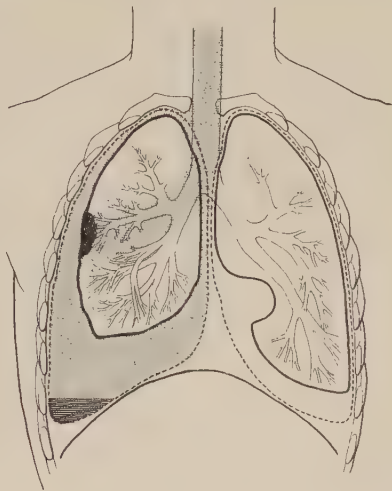


FIG. 119. — Pneumo-thorax; emphy-sème médiastinal. (Schématique.)

très vite; ou bien le « shock asphyxique » s'atténue (réchauffement, huile camphrée, caféine, oxygène, sérum artificiel), et la guérison se confirme, sans accidents secondaires notables.

B. Dans les **PLAIES DE POITRINE**, par coup de couteau, par projectiles (civils), l'exploration méthodique est encore appelée à fournir un précieux appoint au diagnostic et aux indications opératoires. Je ne parle pas des **plaies larges**, béantes, qui sont le siège d'un bruyant va-et-vient respiratoire (*traumatopnée*); je n'ai en vue que les **plaies étroites**, qui saignent peu, et dont les lésions profondes ne se manifestent que par les accidents généraux, d'une part, et, de l'autre, par l'examen du contenu pleural.

De ces plaies pulmonaires s'échappent du sang et de l'air, en proportion variable, en quantité variable, suivant le niveau et les carac-

tères de la diérèse viscérale : **hémothorax, hémopneumo-thorax**. Il convient de savoir apprécier, du mieux possible, ces épanchements pleuraux, leurs limites, leur ascension progressive, par la percussion et l'auscultation.

Vous pourrez parfois examiner votre blessé assis, en le faisant bien tenir, par les avant-bras et par la nuque; il sera plus sage, d'ordinaire, de le laisser dans le décubitus, tête et thorax soulevés par des oreillers, et de le « tourner » simplement, pour le percuter et l'ausculter. Souvenez-vous, toutefois, que, dans cette attitude, l'épanchement

liquide intra-pleural tend à s'accumuler du côté du médiastin.

Ce qui importe, c'est de percuter suivant des lignes définies, la ligne *scapulaire*, la ligne *axillaire moyenne*, et, tout en avant, la ligne *mamelonnaire* (voy. p. 99-103) : une percussion douce, attentive, nous renseignera souvent mieux qu'une percussion forte. Voyez donc jusqu'où remonte la *matité*, matité complète, matité relative.

Dans la même zone, les vibrations thoraciques, si l'état du blessé vous permet de les rechercher, seront abolies ou affaiblies; les bruits respiratoires ne s'entendront plus dans l'aire obscu-

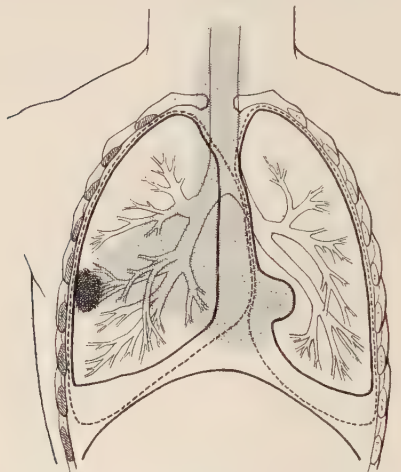


FIG. 120. — Pas de pneumo-thorax; emphysème médiastinal d'emblée. (Schématique.)

rément mate; plus haut, ils seront lointains, atténués; tout en haut, vous les trouverez parfois « exagérés », et s'accompagnant d'une sonorité particulière, à la percussion du plan sous-claviculaire (*skodisme*), les deux phénomènes conjoints témoignant de la compression de la base pulmonaire et de la « réplétion aérienne » du sommet.

Mais, — nous l'avons dit — au sang épanché se mêle presque toujours de l'air — et l'air remonte au-dessus de l'épanchement sanguin : il vous donne du *tympanisme* à la percussion, et, à l'oreille, vous constatez le timbre métallique des deux bruits respiratoires, le souffle amphorique, le bruit d'airain, si vous avez le temps de le rechercher.

Hémopneumo-thorax : c'est la conséquence habituelle de ces plaies thoraciques pénétrantes. Or, si l'épanchement sanguin peut revêtir une gravité particulière et susciter des indications plus ou moins pressantes, suivant la rapidité de son accroissement et le point où il

remonte (jusqu'à l'épine de l'omoplate, ou au-dessus), l'épanchement d'air, par plaie du poumon et déchirure plus ou moins profonde des voies respiratoires, est susceptible également de créer des accidents particuliers, qu'il faut connaître.

Cet air, projeté hors de la plaie pulmonaire à chaque expiration, peut se répandre, et se trouver refoulé, de tel ou tel côté, suivant des

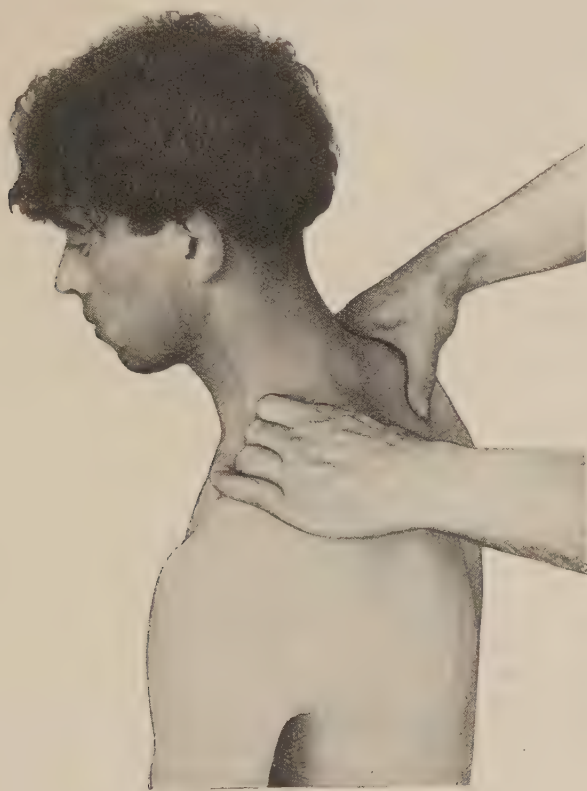


FIG. 121. — Palper des régions sus-claviculaires, pour la recherche de l'emphysème.

conditions locales, qu'il serait trop long de définir : il peut s'accumuler dans la plèvre (*pneumothorax*), filer sous la peau, par la plaie pariétale (*emphysème sous-cutané*), s'infiltrer dans l'épaisseur du poumon, le long des bronches, et remonter jusqu'au médiastin (*emphysème médiastinal*). Et, suivant qu'elles s'associent ou restent isolées, ces « fusées d'air » donnent lieu à des manifestations cliniques différentes.

Voyez les trois types représentés schématiquement (fig. 118, 119, 120).

La conclusion pratique est celle-ci : il faut toujours craindre l'emphysème médiastinal, et le rechercher, en palpant les régions sus-claviculaires (fig. 121) et le creux sus-sternal (fig. 63, p. 34).

Quant aux plaies de la *région précordiale*, leur siège, l'extension de la matité (fig. 110), la disparition du choc apexien et l'assourdissement des bruits cardiaques à l'auscultation, l'affaiblissement du pouls, représentent des signes d'exploration fort importants.

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES AIGÜES, PARIÉTALES

En tout point du thorax, vous pourrez voir l'*abcès superficiel* lymphangitique, d'origine banale, souvent méconnue, ou l'*abcès développé*

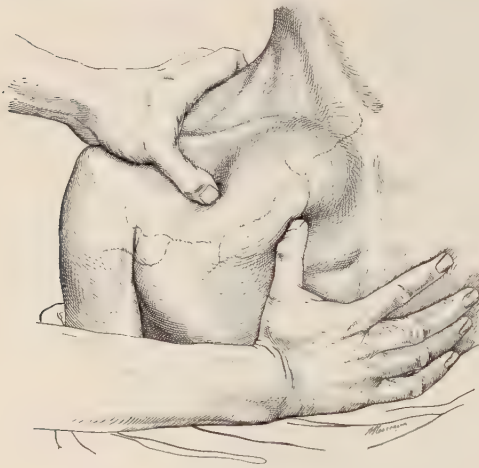


FIG. 122. — *Abcès sous-pectoral : exploration aux deux pouces.*

dans un kyste sébacé, dans une bourse séreuse, professionnelle. Toutefois, il y a toujours lieu de penser aux côtes, à la plèvre, aux *abcès froids* « *échauffés* » : abcès costaux, et même *empyèmes de nécessité*. J'ai vu maintes fois de ces collections purulentes, saillantes sous la peau, rouges, œdématisées, et dont l'incision faisait découvrir un orifice profond, pariétal, et l'abcès « en bouton de chemise ».

Il faut encore soulever une autre hypothèse, surtout chez les sujets jeunes, et lors de suppurations très aiguës, très douloureuses, compliquées de haute température et souvent d'accidents infectieux généraux : l'*ostéomyélite costale*, l'*ostéomyélite sternale*.

Il y a enfin une région, où certains abcès se présentent avec une allure particulière : je veux parler des **abcès sous-pectoraux**, parfois consécutifs aux *adéno-phlegmons* de l'aisselle, qui se diffusent sous le pectoral, en suivant le tractus lymphatique; assez souvent isolés ou presque (quelques ganglions douloureux dans l'aisselle), mais procédant d'une semblable origine.

Le grand pectoral est soulevé, tendu, contracturé, dur; le bras rapproché du tronc, et tout essai d'abduction enrayé par la douleur. C'est le *bord déclive du muscle*, qu'il faut surtout explorer : c'est là que vous trouverez de l'œdème, de la rougeur, de la tuméfaction profonde, de la fluctuation; la manœuvre représentée

(fig. 122) est encore fort utile : elle permet, en déprimant le muscle, sous les deux pouces, de percevoir la masse, la collection sous-jacentes.

Vous pourrez rencontrer une autre forme de phlegmon thoracique, plus rare, mais qui prête, — « si l'on n'en a jamais vu » — à des erreurs d'interprétation : le **phlegmon large du thorax**, le *phlegmon ligneux*, le pendant de celui que Dupuytren avait décrit au cou (voy. plus haut, p. 59) : une moitié de la paroi thoracique antérieure, quelquefois tout le devant du thorax, sont « cuirassés » d'une gangue épaisse, dure, douloureuse, qui ressemble à du néoplasme, qui reste telle pendant des semaines, et finit par se ramollir en quelques points, où l'on ouvre de petits abcès. La résorption de la table inflammatoire est fort lente, et l'on pense encore au sarcome, à voir les fistules élargies, et de fond grisâtre, dont elle se couvre.

Il faut connaître ces phlegmons larges, d'évolution si étrange, pour se garder des pronostics erronés, et pour les traiter, comme toute masse inflammatoire, par les débridements précoces, multiples et larges.

TUMEURS

Sous ce titre, nous entendons, ici encore : **Ce qui saille en dehors, après s'être développé lentement, sans accidents aigus.**

Il serait particulièrement utile de préciser avant tout le siège et le *point de départ* originel de la « tumeur ». Est-elle **incluse dans les parties molles péri-thoraciques**, sans autres rapports, avec le squelette, qu'un contact plus ou moins large, ou des adhérences de surface? — Est-elle née dans les os, à leur périphérie ou à leur centre — **osseuse**, à proprement parler? — Est-elle **primitivement endo-thoracique**, et n'a-t-elle fait relief à l'extérieur, qu'à travers la paroi?

A. Les tumeurs de la première variété sont reconnaissables à leur **MOBILITÉ PROFONDE**; elles glissent aisément sur les côtes ou le sternum : *kystes sébacés, lipomes, gommès* (gommès tuberculeuses; gommès syphilitiques).

La mobilité est moins nette pour certains **kystes pré-sternaux**, mais leur localisation même, sur la ligne médiane, doit éveiller l'idée du *kyste dermoïde* — ou *mucôïde* — *congénital*, rares, du reste. J'ai enlevé, dans ces derniers temps, deux de ces kystes dermoïdes médians, pré-sternaux; je vois chaque année, à plusieurs reprises, de petites tumeurs (cerise, noix, châtaigne), pareillement médianes, kystiques, tendues, indolentes, qui font penser au kyste congénital; mais elles ne remontent pas très loin, au tout jeune âge, à l'enfance, bien que leur date d'apparition soit, le plus souvent, des plus incertaines : ce



FIG. 123. — Exploration d'une tumeur intra-pectorale.



FIG. 124. — Sarcomes sous-cutanés multiples.

sont purement et simplement des kystes sébacés ou des lipomes, quelquefois d'anciens hématomes.

Quelques-unes de ces tumeurs pariétales externes sont **intra-musculaires**, et je voudrais signaler surtout celles du grand pectoral. Il y

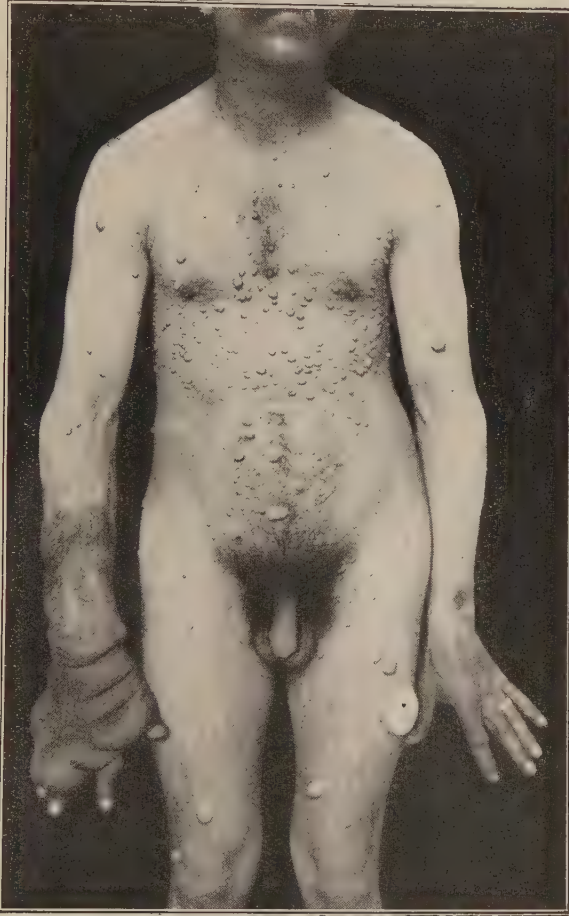


FIG. 125. — *Neuro-fibromatose généralisée.*

a un excellent procédé d'exploration, pour le grand pectoral : celui que représente la figure 123. — Le bras, inerte, rapproché du tronc, vous plongez vos deux pouces sous le bord inférieur du muscle, pendant que les doigts s'appliquent à la face externe, le plus près possible du sternum : avec quelque ténacité et quelque habitude, vous arrivez à empaumer, de la sorte, tout le plan musculaire ; dans le cas présent, le grand pectoral était occupé, vers son milieu, par une tumeur un

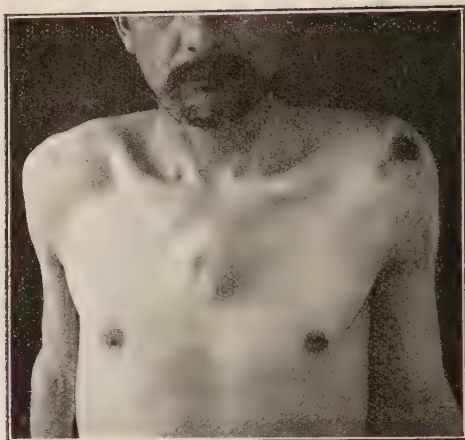


FIG. 126. — Abscès froid pré-sternal.

— exceptionnellement — des *kystes hydatiques*.

Voyez encore les figures 124 et 125 et reportez-vous plus haut aux figures 99 et 100 : tumeurs *péri-thoraciques*, là aussi, mobiles, incluses dans les parties molles; mais tumeurs *multiplés, et disséminés, hors du thorax*, sur l'abdomen, le cou, les membres : *lipomes* diffus (fig. 99 et 100); *sarcomes* (fig. 124) (sarcomes mélaniques parfois); *neuro-fibromatose* (fig. 125).

B. Mais la tumeur n'est pas isolée et mobile dans les parties molles; elle **TIENT AUX OS**, elle **fait corps**, plus ou moins largement, **avec le squelette thoracique**.

Est-elle *fluctuante* ou *compacte*? Est-ce une collection ou une masse solide? Telle est la première question à se poser et à résoudre.

C'est une **collection**, un **abcès**. — Abscès froid pariétal, ostéite tuberculeuse des côtes ou du sternum — j'ajouterai même, de la colonne

peu bosselée, molle par places, sans être fluctuante, et qui nous parut être un noyau de *tuberculose musculaire* (quelques gros ganglions au cou et dans l'aisselle; un état général « suspect » étayaient ce diagnostic) : l'hypothèse fut confirmée par l'examen, macroscopique et microscopique, de la tumeur extirpée. — Ailleurs vous trouverez dans le muscle, par la même manœuvre d'exploration, des *fibromes*, des *sarcomes* et *fibro-sarcomes*, des *gommés*, de *vieux hématomes*, enfin

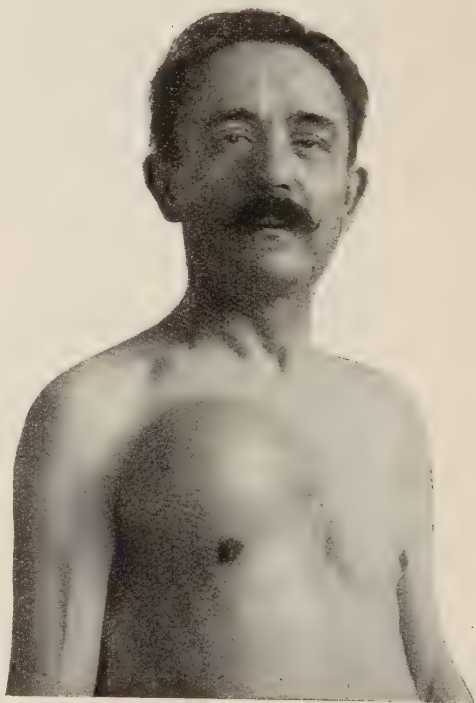


FIG. 127. — Gros abcès froid de la paroi thoracique antérieure.

vertébrale, apophyses épineuses, lames, apophyses transverses. (Voy. plus loin : *Dos*.)

Vous trouverez de ces abcès froids costaux, sur la paroi latérale du thorax, bien limités, parallèles à la côte, et qui ressemblent à une « tumeur » périphérique banale : leur large implantation costale témoigne de leur origine réelle.

D'autres, plus volumineux, figurent de véritables « tumeurs », qui surprennent parfois, par leur siège et leur relief.

Voyez figure 126. **Abcès froid pré-sternal**, dont la nature était,



FIG. 128. — Gros abcès froid de la paroi thoracique antérieure. — On se rend compte que la collection n'est pas réductible, qu'elle ne saille pas dans la toux.

d'ailleurs, confirmée, par une lésion, de même espèce de l'épaule gauche, et par l'amaigrissement du thorax (*scapulæ alatae*).

Fig. 127 et 128. **Abcès froid de la paroi antérieure**, au-dessus du mamelon : grosse « bosse » saillante (fig. 127), fluctuante, largement adhérente à la paroi, non réductible (fig. 128).

Fig. 129. **Abcès froid de la région mammaire**, sans connexion avec la glande rudimentaire et le mamelon : à l'intervention, on trouve un foyer ostéitique de la 4^e côte.

Au dos (voy. plus loin), vous pourrez faire des observations analogues.

Retenez ce fait général d'expérience : à la saillie extérieure péri-thoracique, correspond toujours une propagation sous-costale ; il y a

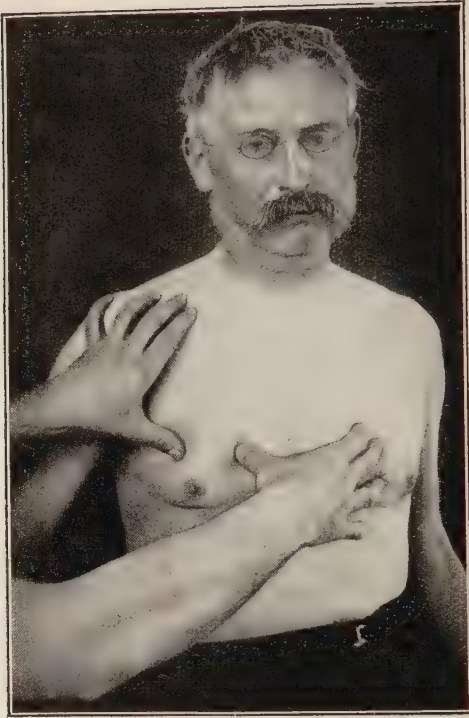


FIG. 129. — Abscès froid, costal, de la région mammaire. (Voy. plus loin, fig. 146, un abcès froid mammaire, chez l'homme.)

du pus à la face externe du thorax, dans l'abcès froid que vous voyez et que vous repérez; il y en a aussi à la face interne de la côte, ou des côtes, au contact de la plèvre (fig. 130), et vous devez toujours tenir compte de cette localisation profonde, la rechercher et la traiter aussi complètement que possible, au cours des interventions.

Les abcès costaux (ou sternaux) rentrent le plus souvent dans le cadre de la tuberculose; le fait n'a pourtant rien de constant ni d'exclusif, et l'on ne devra pas oublier l'abcès *ostéomyélique*, l'abcès *typhique*, enfin, et toujours, la *gomme ramollie*.

Dans d'autres conditions, la **tumeur**, implantée sur le squelette, ne rappelle en

rien, au palper, une masse à contenu liquide — ou une poche fluctuante : elle est uniformément **ferme, compacte, plus ou moins dure**.

Il convient de réserver toujours une arrière-pensée au syphilome, au tuberculome, non encore ramolli.

Mais c'est au *sarcome* (ou au *chondro-sarcome*) que l'on aura le plus souvent affaire : sarcome du sternum; sarcomes costaux, localisés en tel ou tel point, mais qui revêtent, dans certaines régions, des allures particulières : je rappellerai ceux de la paroi interne de l'aisselle; certains sarcomes, déclives, de l'appendice xiphoïde, qui

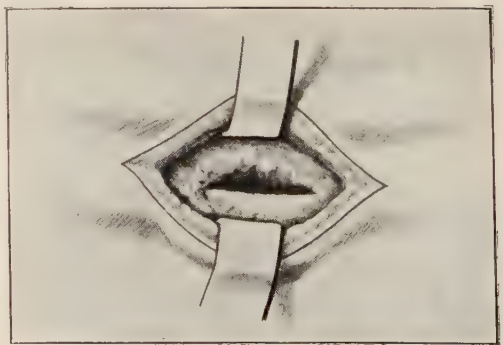


FIG. 130. — Abscès froid costal, incisé. — On voit la côte dénudée, et, au-dessus d'elle, l'orifice qui conduit dans le foyer sous-costal.

font relief à la région épigastrique (fig. 131); d'autres néoplasmes, de même nature, nés des dernières côtes, et qui se développent à la région lombaire (fig. 133).

S'il est gros, le *chondrome* ressemble cliniquement au sarcome; le diagnostic ne se pose guère, que lors de certains *chondromes costaux*, de médiocre volume, tumeurs bosselées, de consistance uniforme, résistante, et « comme tendue », et de surface lisse (fig. 133).

Il vous arrivera enfin de constater, à la paroi thoracique, de véritables *blocs osseux* implantés sur une ou plusieurs côtes : songez aux *cals hypertrophiques*, après fractures comminutives ou multiples, en particulier; songez à l'*ostéomyélite chronique*, et, une fois de plus, à la syphilis.

C. Je viens aux « tumeurs » **endo-thoraciques**, **herniées à la paroi** : et d'abord, aux « tumeurs liquides », développées primitivement dans la cavité thoracique, et qui, par usure, par perte de substance pariétale, font relief au dehors. Elles grossissent et se tendent, quand le malade tousse; elles se réduisent, au moins partiellement, sous la main : tels sont les deux signes à rechercher toujours.

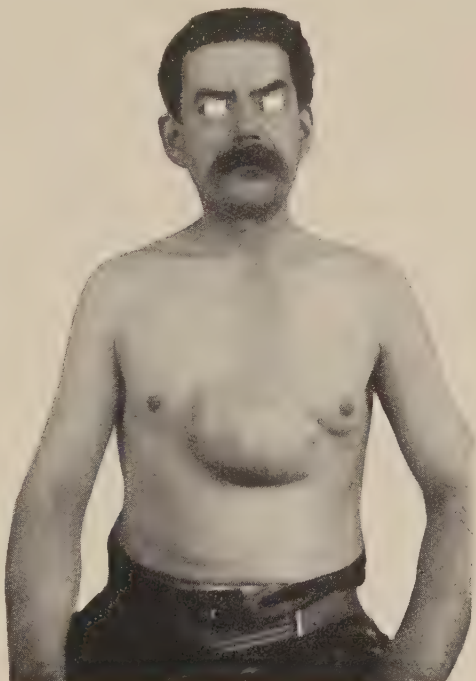


FIG. 131. — Gros fibro-sarcome de l'appendice xiphoïde, faisant relief à la région épigastrique.

L'**empyème de nécessité** est le type de ces collections réductibles. Il n'est pas rare chez l'enfant; il n'est pas très exceptionnel chez l'adulte : j'en vois 3 ou 4 exemples chaque année. Grosse « bosse » fluctuante en bas et en arrière du thorax, le plus souvent, quelquefois latéralement : cela ressemble, de prime abord, à un de ces gros abcès froids pariétaux, dont nous parlions plus haut; mais appliquez largement la main sur le relief convexe, et faites tousser le malade : vous aurez la sensation d'un flot propagé, d'une expulsion liquide, qui vous heurte la main; insistez, en appuyant, pour réduire, et vous cons-

tatez que la tumeur péri-thoracique cède, s'affaisse, se réduit : vous réussirez même, parfois, à poursuivre assez loin la réduction,

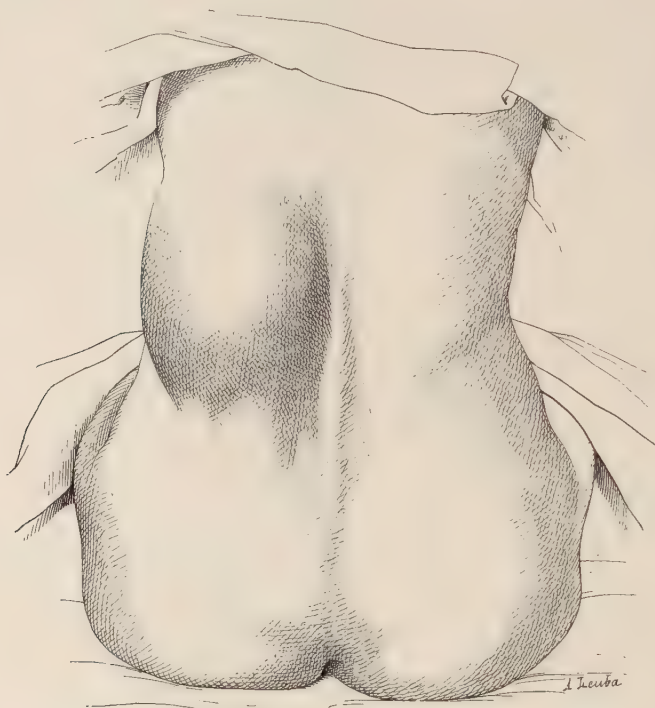


FIG. 132. — Sarcome des deux dernières côtes, figurant une grosse tumeur lombaire.

pour sentir l'orifice de communication, le « trou pariétal ». N'y comptez pas; mais, de la réductibilité avérée, concluez à la *double poche, intra-pleurale, péri-thoracique*, à l'abcès thoracique en bouton de chemise.



FIG. 133. — Chondrome costal.

Quelques autres tumeurs, rares, vous donneront une sensation analogue : je veux parler de la *hernie du poumon*, hernie post-traumatique, hernie spontanée, rare, d'ailleurs; elle se caractérise,

non seulement par la réductibilité, partielle ou totale, mais par la sonorité, la crépitation de la tumeur, qui, de plus, s'accroît et se tend lors de l'expiration et dans les efforts.

Je signale aussi l'**anévrisme aortique**, saillant sous la peau, après érosion lente des cartilages costaux et des côtes; d'ordinaire, l'ectasie aortique est depuis longtemps connue, et l'on a pu suivre toutes les étapes de sa progression extra-thoracique; mais il pourra vous arriver, comme à moi, de rencontrer de pareilles tumeurs, en certains milieux, sans renseignements : des tumeurs qui font relief sur le devant du thorax, à gauche ou à droite du sternum, et dont les battements peuvent être atténués et estompés par les coagulations fibrineuses, qui en doublent la paroi. Le diagnostic est, du reste, facile à un examen quelque peu attentif et prévenu.

AFFECTIIONS ENDO-THORACIQUES

Affections endo-thoraciques, **pulmonaires, pleurales, pleuro-pulmonaires, cardio-péricardiques, médiastinales** : elles ne deviennent chirurgicales, au sens opératoire du mot, que dans certaines conditions, et c'est l'examen *médical*, aidé de la radioscopie, qui les reconnaît et les précise.

Je tiens pourtant à écrire ici que le chirurgien ne doit jamais se réduire au rôle d'un simple agent d'exécution; qu'en opérant ainsi, il court les plus grands risques de mal opérer; qu'il doit être en mesure de s'associer aux explorations médicales, de les comprendre, de les répéter, au besoin, d'en discuter les résultats et d'en tirer les conclusions opératoires qui se présentent. C'est dans ces « maladies de poitrine » que la collaboration médico-chirurgicale trouve le mieux peut-être à s'exercer; j'ai, pour ma part, trop de souvenirs de ce que j'ai vu et appris, depuis trente ans, par cette « action commune », pour n'y pas insister.

Mais il y a autre chose : dans le domaine chirurgical proprement dit, le chirurgien doit être « en état » d'examiner le cœur et le poumon, avant l'anesthésie générale, de dépister les complications pleuro-pulmonaires, infectieuses ou post-opératoires. Rappellerai-je la petite embolie, qui n'est pas très rare et qui reste parfois méconnue : point de côté subit, quelques crachats imprégnés de sang, petite zone de matité ou de submatité, le plus souvent, en arrière et en bas du poumon, droit ou gauche; le long de la saphène, sur l'un des membres inférieurs, un segment douloureux au doigt, un peu saillant, un peu ferme; léger œdème commençant de la région malléolaire et du pied. La question est entendue : phlébite; phlébite localisée et bénigne d'apparence, mais qui n'en justifie pas moins les inquiétudes que vous savez.

Il faut donc « regarder le thorax »; en apprécier « l'évasement local » par l'amplexation (fig. 134) comparée; le percuter, suivant les

les lignes plus haut indiquées (voy. plus haut, fig. 111, 113); rechercher les vibrations thoraciques, sous la main, en faisant compter le malade; ausculter. Oh! certes, pour l'auscultation, l'oreille d'un chirurgien, même si elle s'applique volontiers sur la poitrine, et qu'elle garde le souvenir d'une éducation lointaine, ne sera jamais qu'un piètre instru-



FIG. 134. — *Amplexation thoracique.*

ment, à côté de l'oreille du médecin expérimenté. Mais, pourtant, l'absence des bruits respiratoires, les râles, les souffles, le souffle tubaire, le souffle doux, pleurétique, le souffle amphorique, de timbre si particulier, devront être toujours, à toute oreille, reconnaissables.

Et c'est ainsi que seront à rechercher, avec avantage, par « celui qui doit opérer », les signes de la **pleurésie purulente généralisée**, en complétant, bien entendu, cette recherche par les résultats de l'examen médical préalable et de la radioscopie; mais il sera toujours utile, au



FIG. 135. — Exploration de la paroi, de haut en bas, avec les doigts infléchis des deux mains. Recherche de la douleur locale, de la résistance, de l'œdème.

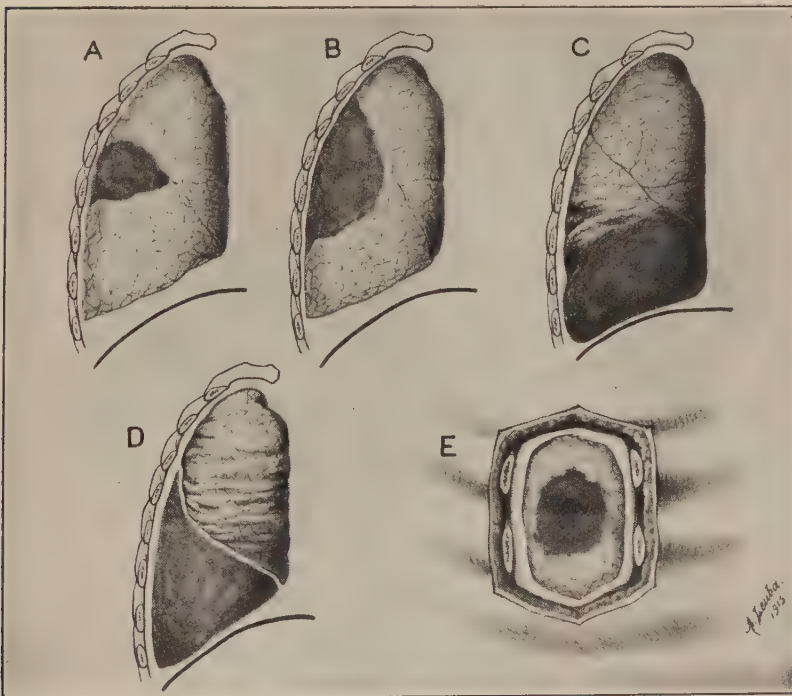


FIG. 136. — Types d'empyème :

A, Pleurésie interlobaire; — B, Pleurésie enkystée de la jace convexe (assez souvent pleurésie interlobaire initiale, avec foyer secondaire, enkysté, de la grande cavité); — C, Pleurésie diaphragmatique; — D, Pleurésie de la grande cavité; — E, Découverte d'un foyer suppuré, pleuro-pulmonaire, adhérent, après résection costale.

point de vue chirurgical proprement dit, de bien explorer la paroi, à l'œil et à la main (fig. 135), pour en apprécier le relief, et déceler l'œdème, qui, là comme en toute région, si la ponction aspiratrice, pour telle ou telle raison, est restée peu démonstrative, fournira d'excellentes données sur le « point à inciser ».

Lors de **foyers localisés** (fig. 136) (*pleurésies interlobaires; abcès*

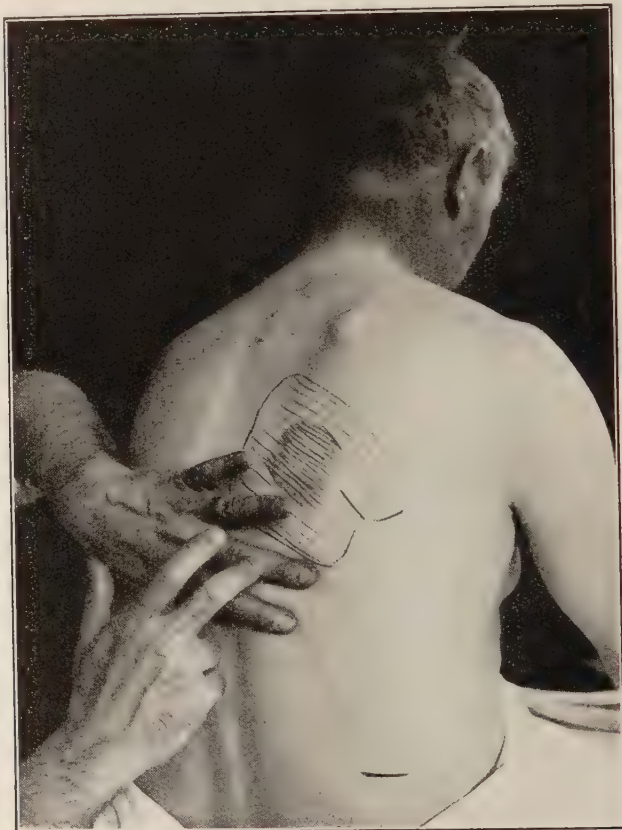


FIG. 137. — *Abcès interlobaire : matité absolue, centrale, et matité périphérique. — L'angle de l'omoplate, la 12^e côte sont indiqués, et servent de repères à la percussion.*

du poumon; kystes hydatiques suppurés; gangrènes pulmonaires; énormes cavernes; dilatations bronchiques, l'inspection et le palper, dans l'aire repérée par l'examen médical et la radioscopie, seront encore utiles, en révélant l'immobilisation locale et le relief de la paroi, et aussi, l'œdème. J'insiste sur cet œdème *pariétal*, parce qu'il m'a rendu maintes fois de grands services, dans l'incision de ces collections interlobaires ou de ces foyers pulmonaires localisés. Non, sans doute, dans les cas typiques, tels que celui de la figure 137.



FIG. 138. — Abscès « suspendu ».



FIG. 139. — Abscès interlobaire, repérable par l'aisselle : zone de matité. — La ligne oblique déclive trace la 6^e côte.

Le tracé délimite la zone de matité « suspendue », avec suppression des bruits respiratoires; la radiographie (fig. 138) confirme, avec une netteté frappante, ce premier examen. — A la figure 139, qui représente un autre cas, le tracé est inscrit dans l'aisselle, et c'est par l'aisselle, qu'on devra intervenir, comme il arrive, du reste, très souvent. Ici, aucune hésitation n'est possible : il suffit d'inciser dans la zone mate et obscure. L'œdème, s'il existe, est un « complément de localisation », toujours utile.



FIG. 140. — Relief antérieur d'un gros kyste hydatique du poumon gauche.

L'ombre radiographique ne se confond avec cette paroi que sur une étroite surface. De plus, l'incision faite, il faut, alors, chercher l'abcès, et la trainée œdémateuse pariétale devient un excellent repère.

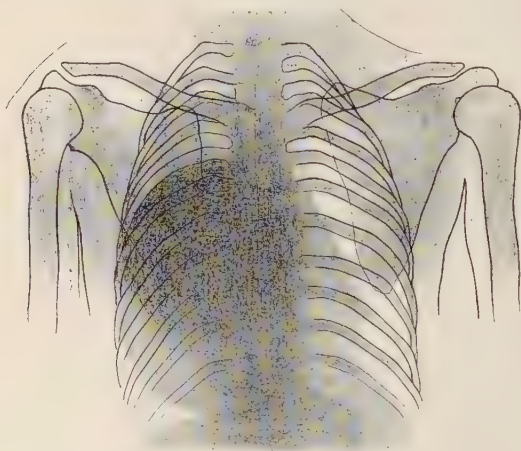


FIG. 141. — Kyste hydatique du poumon gauche.

Je rappellerai encore certaines tumeurs, d'évolution lente et nullement inflammatoire, celles-là, qui font relief à la paroi; j'ai surtout en vue les **kystes hydatiques**, dont un exemple typique est représenté figures 140 et 141.

Il convient de savoir reconnaître aussi les **péricardites avec épanchement**, et, en particulier, la péricardite suppurée.

La voussure précordiale est souvent très accusée et démonstrative

chez les enfants et les jeunes sujets : elle l'est beaucoup moins chez l'adulte, dont l'armature thoracique résiste mieux ; pourtant, si l'on pratique attentivement l'inspection oblique, il est rare qu'on ne remarque pas un certain soulèvement, un élargissement des espaces intercostaux, une immobilité relative de la paroi, dans l'aire précordiale, élargie.

À la main, l'on ne trouve plus, ou l'on sent fort mal, le choc cardiaque ; à l'oreille, les bruits du cœur sont lointains, assourdis ; le pouls radial est petit, souvent intermittent, et ces intermittences peuvent même affecter le type du pouls paradoxal : trois ou quatre pulsations régulières, puis suppression du pouls pendant une durée égale, alors que les battements du cœur continuent.

Mais le signe capital, c'est la *matité*, la matité qui s'étend en dehors et en dessous du mamelon, vers l'aisselle, qui remonte vers le manubrium, qui se continue sans démarcation avec la matité hépatique (voy. plus haut, fig. 110).

THORAX FISTULEUX

Il y a de ces fistules, dont l'origine et la signification sont évidentes, d'emblée ; *empyème*, *pleurotomie*, *fistule persistante* : le processus a pu passer pour classique, à une certaine époque ; il est, moins fréquent aujourd'hui, et l'application des bonnes méthodes de pleurotomie, et de traitement consécutif, est susceptible d'en réduire encore le nombre des cas observés. Toujours est-il que ces fistules, d'origine non discutable, commandent une exploration minutieuse, sur laquelle nous allons revenir, et destinée précisément à établir leurs « raisons d'être », et les éléments de leur curabilité.

Mais, avant cela, je voudrais signaler les **fistules pariétales**, proprement dites, *procédant des parties molles*, ou *du squelette*, côtes, sternum, clavicule, rachis.

Les premières, **les fistules des parties molles**, sont nées d'un kyste dermoïde pré-sternal, d'un kyste sébacé, suppuré, d'une bourse séreuse accidentelle, également suppurée, d'un abcès lymphangitique de la paroi, avec décollement, insuffisamment débridé ; d'une gomme tuberculeuse, ramollie et fistulisée, ou encore (et une fois de plus), d'une gomme syphilitique.

Réfléchissez à ces éventualités, en explorant le trajet fistuleux, en cherchant s'il se déplace sur la paroi thoracique, s'il repose sur une base épaisse, si le stylet introduit rencontre de l'os dénudé. Bien entendu, l'aspect de l'ulcération fistuleuse, l'examen radiographique seront toujours pour le diagnostic des adjuvants de première importance.

La fistule est **osseuse** : elle « tient » dans la profondeur ; elle est plus ou moins largement implantée sur le squelette ; vous pénétrez jusqu'à l'os, jusque dans l'os, avec le stylet, et, d'ordinaire, cet os, cette côte, sont déformés, épaissis, bosselés, douloureux même à la pression : fistule osseuse, ostéite tuberculeuse le plus souvent ; songez aussi aux ostéo-périostites typhiques (fig. 142), aux ostéomyélites sternales ou costales.

Il arrive que le trajet fistuleux vous conduise, non plus sur une côte

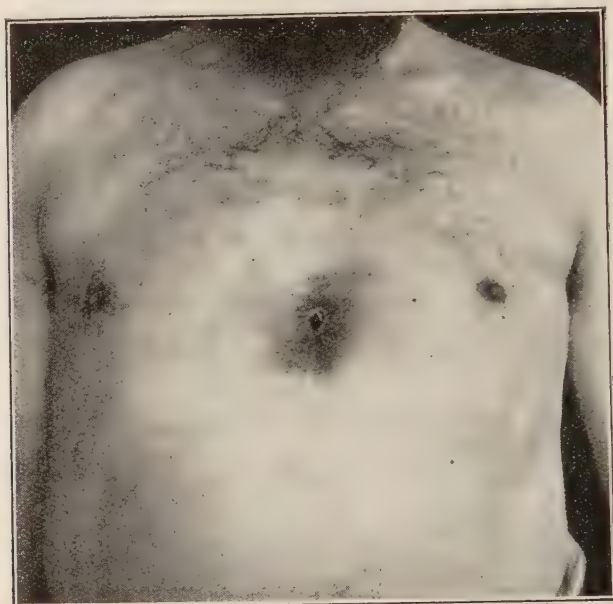


FIG. 142. — *Fistule sternale, par ostéo-périostite typhique.*

(Notez, de plus, ce thorax carré (emphysémateux), et comparez-le au thorax long de la figure 144.)

ou sur le sternum, mais sur un *cartilage costal* : vous en êtes averti, et par le siège et la direction de ce trajet, et par la sensation de frottement mousse, que vous recueillez au bout du stylet. L'éventualité est beaucoup plus sérieuse qu'elle ne le paraît : ces chondrites tuberculeuses sont de cure particulièrement difficile, et, en tout cas, on n'obtient, en général, rien de définitif, sans l'excision complète du cartilage ou des cartilages malades, et des extrémités costales correspondantes.

On ne devra pas oublier, non plus, les *fistules aberrantes*, distantes, qui émanent de la clavicule ou de l'articulation sterno-claviculaire, et s'ouvrent bas sur le devant du thorax, qui émanent de la colonne vertébrale (apophyse transverse, apophyse épineuse), et qui s'ouvrent sur les côtés du thorax, à distance du rachis.

Enfin, je rappellerai ici ce que j'exposais plus haut, à propos des abcès pariétaux : il y a presque toujours lésion de la face costale profonde et *foyer péri-pleural*, dans ces ostéites chroniques fistuleuses.

Et cela nous amène aux **fistules cavitaires**, proprement dites, fistules pleurales, fistules pulmonaires (pleurésies interlobaires, abcès du poumon, kystes hydatiques suppurés, etc.).



FIG. 143. — Résection de neuf côtes gauches, pour empyème fistuleux.
Guérison datant de 18 ans.

L'examen ne doit pas porter seulement, dans ces *fistules invétérées du thorax*, sur la direction, la longueur, le calibre, le cul-de-sac terminal ou les diverticules du trajet : il doit s'appliquer aussi, avec une particulière attention, aux *parois* : paroi interne, pleuro-pulmonaire, paroi externe, pleurocostale. C'est au degré de résistance scléreuse ou de mobilité récupérable de ces deux parois que se mesurent, avant tout, les chances de curabilité. Sur la paroi externe, l'inspection et le palper apporteront quelques données au problème, en permettant de relever la déformation, l'épaississement, et le rapprochement des côtes, leur convexité externe maintenue, ou leur

inflexion plus ou moins accentuée, avec dépression pariétale : signe de bon augure, qui témoigne de la rétraction commençante ou progressive.

Dans certaines zones thoraciques, en particulier dans la zone sous-scapulaire, le processus de rétraction pariétale est toujours minime ; de plus, vous constatez souvent que l'épaule est enraidie, que l'omoplate est adhérente et partiellement fixée, par l'infiltration scléreuse de toute la paroi : pour intervenir, il faudra d'abord libérer, écarter et relever cette omoplate.

Je voudrais signaler encore, à l'occasion de ces **vieux thorax fistuleux**, que l'on a parfois trop de tendance à incriminer d'emblée la tuberculose, et, de ce fait, à différer trop ou à trop réduire la thérapeutique opératoire. Sans doute, la tuberculose n'est pas rare, qu'elle soit primitive ou secondaire ; et, le plus souvent, une exploration médicale suffisante, et encore l'examen (examen direct, inoculation) d'une « biopsie » prélevée à l'orifice du trajet, confirmeront cette interprétation.

Il convient d'y penser toujours ; mais, si l'on ne relève « rien de net », l'aspect du malade, pâleur, amaigrissement, accès fébriles, et la longue durée de la suppuration thoracique, ne suffisent pas à justifier un pronostic irrémédiable et l'abstention opératoire, plus ou moins déguisée.

Je pourrais rapporter maints exemples de guérisons définitives, obtenues dans ces conditions, et celui de la malade, représentée figure 143, est d'autant plus démonstratif, que la guérison date de 18 ans et que la santé s'est maintenue brillante, depuis lors. Toute la moitié gauche du thorax était occupée par une vaste poche, fistuleuse en bas, dans le 8^e espace, et qui remontait jusque sous l'omoplate ; la suppuration était abondante, depuis 2 ans, l'état général lamentable, et la tuberculose était tenue pour certaine, bien que l'examen médical ne décelât que des « signes de début ». Je procédai, chez cette malade, pendant 4 ans, à des résections costales successives, avec décortication du poumon ; je l'opérai six fois ; je réséquai toutes les côtes gauches, à part la première et les deux dernières, du cartilage à l'apophyse transverse : la cicatrisation eut lieu finalement.

Sur les deux tiers inférieurs de la paroi thoracique gauche, la paroi, déprimée et cicatricielle, est accolée au médiastin, et transmet directement les battements du cœur¹.

1. Au cours de la dernière année de traitement, je pratiquai, chez cette malade, l'ablation d'un énorme col utérin ; je remis ce col à un histologiste fort connu, et la réponse fut la suivante : épithélioma.

Or, depuis 18 ans, le soi-disant « épithélioma du col » n'a pas plus récidivé que la « pleurésie tuberculeuse ».

ABCÈS ET TUMEURS DES MÉDIAS-TINS

Une femme nous est envoyée dans un état de dyspnée intense, et d'infection menaçante; on est frappé tout de suite de la voussure œdémateuse, qui encadre la base du cou, comble la fossette sus-sternale et les creux sus-claviculaires, et se prolonge en nappe sur les côtés du sternum. Le palper dénonce, en ces divers points, et surtout, au-dessus de la fourchette sternale et de la clavicule gauche, une tuméfaction profonde, douloureuse, diffuse; les accidents remontent à trois jours, et se sont aggravés très vite. — **Médiastinite?** — J'incisai au-dessus du sternum, et je pénétrai dans une gangue œdémateuse, sous laquelle j'ouvris un abcès: un abcès de contenu noirâtre, et qui descendait bas derrière le manubrium et les deux premières côtes gauches. Cette intervention fut suivie d'une sédation fonctionnelle notable, mais la malade n'en succombait pas moins le jour suivant. L'autopsie nous montra un vaste foyer médiastinal antérieur, qui se prolongeait en arrière, pour aboutir à une *perforation œsophagienne* (corps étranger, ulcère).

Je rapporte cet exemple, pour bien préciser, que c'est en arrière du sternum, sur les bords du sternum, à la base du sternum, que l'exploration doit porter, en pareil cas, **lors de phlegmon ou d'abcès du médiastin antérieur**. En arrière du sternum, par la palpation profonde, par la percussion, on provoquera une douleur locale, aiguë, caractéristique; sur les bords du sternum, à l'extrémité interne des trois premiers espaces intercostaux, et notamment du 2^e espace gauche, on trouvera de l'œdème diffus, quelquefois un relief empâté ou fluctuant; à la base du sternum, et au-dessus des clavicules, on devra rechercher, par les procédés plus haut figurés (fig. 64, p. 36 et 121, p. 109) le même œdème et la même fluctuation.

C'est là encore, et, en particulier, par le creux sus-sternal (fig. 63, p. 54) que l'on peut repérer les **tumeurs du médiastin antérieur**, lorsqu'elles se prolongent en haut.

Il arrive, d'autre part, que la masse reste longtemps incluse dans le médiastin, mais que, peu à peu, elle refoule et distend la paroi sterno-costale, et crée une voussure saillante, analogue à celle de la figure 140, mais, d'ordinaire, plus haut située. — Les accidents de compression, bronchique, veineuse, nerveuse, sont devenus alors, en général, caractéristiques: dyspnée continue et crises d'angoisse respiratoire; cyanose de la face, ectasie des veines superficielles de la face et du cou; paralysie récurrentielle; inégalité pupillaire (sympathique), etc.

Ces tumeurs sont bénignes ou malignes; il y a des tumeurs bénignes tout exceptionnelles, fibrome, lipome (Auvray); mais c'est au *kyste dermoïde rétro-sternal* qu'il faudra surtout penser.

Le plus souvent, vous aurez affaire à des tumeurs malignes, *lymphadénomes*, *lympho-sarcomes*; *épithéliomes* ou *sarcomes d'origine thymique*; et le pronostic sera toujours fort sombre.

Bien entendu, il y aura lieu de ne pas oublier l'anévrisme de l'aorte, l'actinomycose, l'adénopathie trachéo-bronchique, mais le diagnostic ne pourra se faire alors que par une étude complexe, où l'exploration externe aura sa part, mais une part restreinte.

Quant au **médiastin postérieur (abcès et tumeurs)**, il est accessible à l'examen extérieur dans l'aire inter-scapulaire, représentée figure 112 : le palper ne fournit que peu de données, en général; il doit se poursuivre au-dessus des clavicules et du sternum, comme tout à l'heure; c'est la percussion qui est surtout démonstrative, dans certains cas, par la matité complète et large qu'elle révèle; mais, bien entendu, l'examen radiologique permettra seul de conclure.

SEIN

LYMPHANGITES, PHLEGMONS, ABCÈS

Il y a, je crois, une réelle utilité « pratique » à répartir en ces trois termes, les **affections inflammatoires du sein et de la région mammaire**.

Érosion du mamelon au cours de l'allaitement (érosion accidentelle, en dehors de la lactation); rougeur cutanée, plus ou moins foncée, plus ou moins large, de pourtour imprécis, cuisante; assez souvent, un peu d'œdème sous-cutané; dans l'aisselle, un, deux, plusieurs ganglions tuméfiés et douloureux. — C'est la **lymphangite superficielle** du sein. Tout peut en rester là, si elle est reconnue de bonne heure, et bien traitée : elle s'estompe et disparaît en quelques jours. Mais, tout en restant superficielle, elle peut suppuré : elle suppure sous la forme de *petits abcès cutanés et sous-cutanés*, de l'aréole, du mamelon, de la surface du sein, de la base de l'aisselle.

Vous verrez, à l'aréole ou au mamelon, d'autres petits abcès — *tubéreux*, — qui se succèdent et se multiplient, parfois, avec une ténacité particulière, comme les hydrosadénites de l'aisselle.

Dans ces conditions, le palper du sein, d'avant en arrière, sur le plan costal, comme nous allons le dire, ne révèle ni masse ni induration dans la profondeur.

Il en va autrement dans le **phlegmon intra-glandulaire**.

Rappelons d'abord un accident, d'observation courante, auquel le terme, un peu fruste, d'*engorgement lacté* conviendrait mieux : allaitement brusquement arrêté pour telle ou telle cause; sur l'un des seins, sur les deux quelquefois, une volumineuse voussure se dessine au niveau du segment inférieur : elle est épaisse, tendue, très sensible, douloureuse même; la peau est rosée, parfois; à la pression, pression douce, large, progressive, on fait sortir du lait par le mamelon, souvent beaucoup de lait. Ailleurs, le sein tout entier, gros et proéminent,

est en état de rétention lactée. Si l'on sait l'évacuer peu à peu, ce sein « engorgé », dans sa totalité ou dans sa zone déclive, le maintenir relevé, et comprimé, suffisamment, pas trop, on le verra souvent se réduire et s'affaisser peu à peu.

Ailleurs, vous trouverez une sorte de gangue assez ferme, mal limitée, douloureuse, sans bosselures superficielles ni points ramollis, sans rien qui décèle l'abcès; elle pourra occuper la partie centrale sous- et péri-aréolaire du sein, ou un segment périphérique plus ou moins large, en bas et en dehors, surtout; et, si vous exercez, avec le pouce et l'index, largement appliqués, une compression centripète, vous verrez sourdre par le mamelon, du lait mêlé de pus ¹, ou du pus en gouttes, parfois en petits jets : *galactophorite suppurée*, curable (moins souvent qu'on ne l'a dit), par cette « expression » répétée, et qui, plus ou moins vite, peut se compliquer de phlegmon péri-canaliculaire et d'abcès.

Vous observerez alors le **phlegmon** proprement dit : *en bloc*, central ou périphérique, *en plaques*, *en noyaux*, disséminés.

Cette fois, ne vous fiez pas à l'apparence ferme, continue, solide, du bloc, des plaques ou des noyaux; il est rare, en pratique, que ces phlegmons-là se résorbent sans suppurer, et mieux vaut inciser de bonne heure, pour prévenir le phlegmon par diffusion intra-mammaire et la nécessité de débridements multiples et d'un long drainage.

Enfin, il convient de signaler encore la **mastite aiguë diffuse**, le gros sein rouge, lisse (avec douleurs intenses et fièvre très haute), infiltré en masse. Trop heureux, si, dans les jours qui suivent, et sous l'action du traitement local et du vaccin, la tuméfaction s'affaisse, s'assouplit, se réduit, même si elle laisse derrière elle quelques noyaux phlegmoneux, qui deviendront des abcès localisés; — mais, dans d'autres conditions de virulence, et si l'affection n'est que tard reconnue ou insuffisamment traitée, vous vous trouverez en présence de la *mastite suppurée diffuse*, du sein « en éponge », ramolli et fluctuant de tous les côtés, que vous aurez à débrider aussi, et largement, de tous les côtés; et, par ces incisions, vous verrez souvent s'éliminer des blocs glandulaires sphacelés.

Ce n'est pas là, toutefois, le **phlegmon diffus**, le sphacèle initial, en masse, de la glande et de son enveloppe cellulo-adipeuse.

Ce phlegmon diffus, il est, heureusement, exceptionnel : vous le reconnaîtrez à l'empatement, d'ordinaire considérable, qui occupe la région mammaire, et s'étend plus ou moins vite à la paroi thoracique ambiante et à l'aisselle; à la rougeur sombre de la peau,

1. Nettoyez avec une compresse — ou avec un tampon d'ouate : le lait est absorbé tout de suite; les traînées de pus restent à la surface de la compresse ou du tampon (Budin).

aux plaques de sphacèle cutané, qui ne tardent pas à se produire, aux accidents généraux, d'emblée fort alarmants. Il n'y a pas de pus, au stade primitif de l'infection gangréneuse, et ce serait encore, s'il le fallait, une caractéristique de plus.

Arrivons aux **abcès du sein**, du type courant. Ce qu'il faut demander à l'exploration, c'est de nous dire « où ils sont », *sous la peau, dans la peau, sous la glande*, pour que nous sachions où et comment les inciser.

Pour cela, c'est la glande qu'on devra toujours palper — par le procédé que nous avons déjà signalé — pour déceler, non seulement les abcès *intra-mammaires*, proprement dits, mais les abcès intra-glandulaires communiquant avec une collection superficielle (*bouton de chemise*).

Quant aux abcès *rétro-mammaires*, c'est au sillon déclive du sein, qu'ils s'accusent d'abord par de la rougeur, de l'œdème, de l'infiltration profonde; à une période un peu plus avancée, un relief fluctuant apparaît au même niveau; et, en même temps, s'il s'agit d'une suppuration sous-mammaire typique, le sein est projeté en avant, et, si vous le refoulez en arrière, vous voyez proéminer davantage et se tendre la saillie du pli déclive. C'est là, bien entendu, qu'il faut inciser.

TUMEURS

C'est au cancer que les malades pensent toujours : le médecin, lui aussi, doit toujours garder une arrière-pensée au cancer, quelles que soient les apparences, autrement dit, conduire son examen de façon à se libérer tout de suite de cette lourde hypothèse.

I. On vous présente une **tumeur du sein**, de petit ou de moyen volume (cerise, prune, marron, etc.), découverte par hasard, indolente ou presque. Elle siège en tel ou tel point de la glande, même sous l'aréole ou au mamelon, mais souvent dans la moitié externe; elle fait relief parfois sous la peau, si le sein est peu développé ou amaigri.

« Repérez-la » tout de suite, sous la main; et, avant d'aller plus loin, regardez le mamelon : il est normal, saillant ou rentrant, mais souple, et absolument semblable à celui du côté opposé; la peau du sein est lisse, régulière, sans élevures; elle se plisse et se soulève sans le moindre obstacle; une main à la face interne de l'aisselle (voy. fig. 155) : rien, pas le moindre ganglion.

Très bons indices préliminaires; revenez à la tumeur : elle est ronde ou ovoïde, et glisse librement entre la peau et la paroi thoracique; pour la fixer et la palper, il faut la prendre entre les doigts,

comme le montre la figure 144; on reconnaît alors qu'elle est ferme, compacte, sans induration — qu'elle est bosselée, tendue, légèrement dépressible au niveau de ces bosselures : **fibro-adénome, fibro-adénome kystique**.

Les fibro-adénomes kystiques sont parfois volumineux; ils forment « bosse », et « grosse bosse », mais leur mobilité profonde et sous-cutanée (la peau est plus ou moins tendue, mais elle glisse et ne « tient » pas), l'absence de toute adénopathie, permettent encore de les caractériser cliniquement.

Assez souvent, vous rencontrerez de pareilles tumeurs à l'angle



FIG. 144. — Exploration d'une tumeur bénigne du sein (fibro-adénome).

supéro-externe du sein, sur la voie qui conduit à l'aisselle (fig. 145) : *fibro-adénomes*, kystiques ou non; *lipomes*; *abcès froids* : dans le cas représenté ici, nous avons conclu au lipome, l'intervention montra qu'il s'agissait d'un abcès froid. Il ne faut pas oublier, non plus, les *cancers aberrants*, qu'on peut trouver au même niveau (voy. plus loin).

II. Et cela nous amène aux tumeurs ramollies et fluctuantes : **gommages ou abcès froids**. — Même si elles n'adhèrent pas encore à la peau, la sensation qu'elles donnent au palper n'est plus la même que tout à l'heure : elles ne glissent pas librement, dans tous les sens, comme une sorte de corps étranger, et l'on se rend compte qu'elles

« tiennent » à la glande par tout leur pourtour; de plus, elles ne sont pas tendues, comme les kystes, mais de consistance molle ou nettement fluctuante.

Vous ferez bien, ici encore, de toujours penser à la *gomme*, que la réaction spécifique et le traitement d'épreuve serviront à démontrer : mais vous vous souviendrez également que la *tuberculose* du sein peut se manifester sous la forme d'un abcès froid localisé, sans nodosités suspectes du reste de la glande, sans adénopathie.

Il arrive même que l'abcès se soit développé au centre de la glande, et l'occupe tout entière. Ainsi en était-il, au



FIG. 145. — Tumeur de l'angle supéro-externe du sein (sous-axillaire). — Abcès froid.

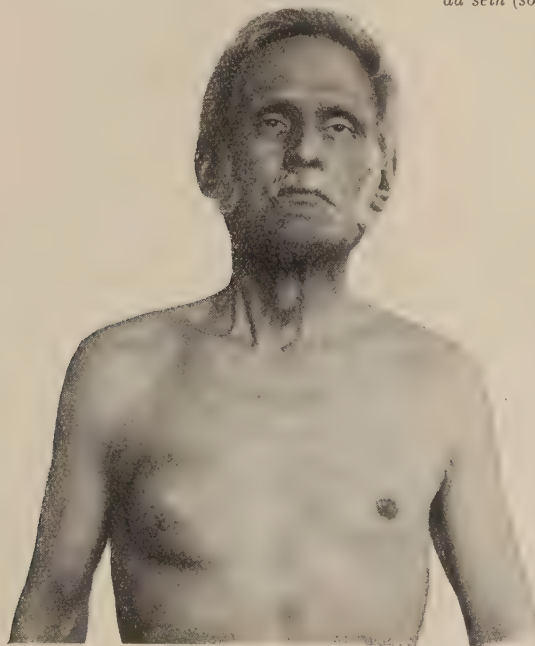


FIG. 146. — Abcès froid mammaire.

sein droit, chez le vieillard représenté figure 146. (Voy. p. 115 et fig. 129 les abcès froids costaux, para-mammaires et sous-mammaires.)

III. Autre éventualité : vous constatez, à l'examen du sein, *non plus une seule tumeur*, sans caractères néoplasiques, mais **plusieurs tumeurs**, isolées et bien indépendantes, ou **une série de tumeurs** répandues dans toute l'épaisseur du sein et parfois des deux seins.

Vous devrez penser



FIG. 147. — Hypertrophie bilatérale des seins.

à la **tuberculose**, du type classique; — à la **maladie kystique**, et à ses diverses formes.

Les *noyaux multiples*, de consistance inégale, les uns fluctuants et abcédés, les autres encore fermes, arrondis ou de surface irrégulière, adhérents ou non à la peau, sont d'observation fréquente dans la **tuberculose mammaire**; ils s'accompagnent presque constamment de ganglions axillaires, et de **gros ganglions**, qui se ramollissent aussi ultérieurement. — A un stade plus avancé, le sein est *fistuleux*; la peau, amincie, violacée, s'élève plus ou moins largement autour de ces fistules, et la région mammaire revêt alors un aspect qui ne trompe guère (syphilis?), mais il est souvent trop tard pour rien tenter d'efficace,

et c'est à une période beaucoup plus précoce que le diagnostic devrait être établi.

Il en va autrement dans les **maladies kystiques**, au moins dans la forme typique, décrite par Reclus; la *bilatéralité*, d'abord; la consistance *grenue*, bosselée, dure, des deux seins; leur accroissement de volume, et même le relief de nodosités que dessine sous la peau leur surface accidentée, sont caractéristiques. Cette fois, *pas d'adhérences*, *pas de ganglions*. Quand on en a vu un exemple, on reconnaît toujours, cette maladie kystique, « intégrale ».

Mais il y a des formes moins caractérisées, unilatérales, où le sein est le siège de plusieurs bosselures, plus ou moins grosses, et assez dures, le plus souvent, pour faire penser à des tumeurs solides : c'est la *ponction capillaire* qui révèle le kyste et qui conduit au diagnostic.

Enfin, on ne devra pas oublier la *mammite chronique*



FIG. 148. — Hypertrophie du sein gauche.

noueuse, et non kystique, dont nous parlerons à propos du cancer (voy. p. 144).

IV. Mais voici encore une « figure » clinique à interpréter : *gros sein*, énorme parfois, *très mobile* sur la paroi, de *consistance* plus ou moins ferme, *uniforme*, *sans noyaux*, *sans bosselures*, *sans ganglions*, sans rien qui fasse suspecter le cancer. A quoi penser?

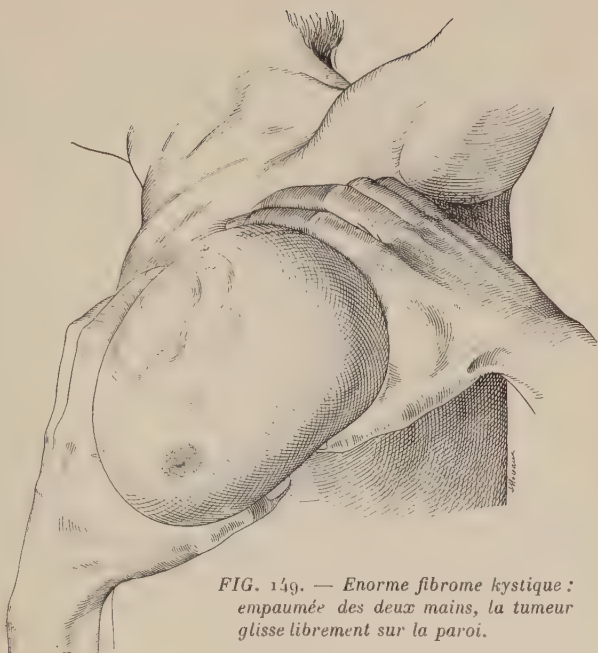


FIG. 149. — Enorme fibrome kystique : empaumée des deux mains, la tumeur glisse librement sur la paroi.



FIG. 150. — Enorme fibro-sarcome kystique du sein gauche (Th. Anger).

S'il s'agit des deux seins, et que, sous leur volume considérable, prolapsés plus ou moins bas, ils gardent leur aspect et leur consistance habituels, vous pouvez avoir affaire à l'*hypertrophie* pure et simple.

Ainsi en était-il chez la femme représentée figure 147 : les seins étaient « énormes » depuis la puberté, ils n'avaient jamais rétrogradé, mais s'étaient développés encore, à la suite de deux grossesses. Vous verrez plus rarement l'*hypertrophie* unilatérale, comme figure 148. — Ce sont en tout cas, des raretés.

Plus souvent, vous rencontrerez, non plus un sein hypertrophié, de consistance normale et uniforme, mais une

masse compacte, plus ou moins bosselée, qui occupe toute la glande, ou, du moins, refoule et masque ce qui peut en rester, et dont le bloc prolabé se déplace et glisse librement sur la paroi (fig. 149); le mamelon n'est pas rétracté; il n'y a pas de ganglions.

Il s'agit, en pareils cas, de sarcomes (adéno-sarcomes) kystiques, ou de fibro-sarcomes kystiques (fig. 150).

Devant ces tumeurs proéminentes, la peau n'adhère pas, mais se distend, s'amincit, s'éraille, et s'ulcère parfois : c'est alors une ulcération par nécrobiose, toute différente des ulcérations cancéreuses, que nous rappellerons tout à l'heure.

LE CANCER

Il ne s'accuse que trop bien, au moindre examen, dans ses formes avancées; mais c'est au début, à la période et sous l'aspect clinique, où le diagnostic de nature est d'abord hésitant, et nécessite, pour se confirmer, une exploration analytique soigneuse, qu'il y a un intérêt capital à le reconnaître.

COMMENT EXPLORER?

Regardez d'abord : il est assez rare que le sein malade reproduise tous les traits du sein opposé : il est plus gros; — ou rétracté, au contraire; il proémine en quelque point, ou bien la peau est plissée, terne, un peu violacée, sur une certaine zone. Mais ce qu'il faut regarder surtout : c'est le *mamelon*; voyez fig. 151 : le mamelon droit, déprimé, rentrant, contraste manifestement avec le mamelon gauche.

Palpez, avec le plat de la main, sur le thorax; vous pouvez palper, sur la malade debout, mais vous devez toujours répéter et compléter la palpation, *sur la malade étendue* : vous découvrez ainsi la tumeur, vous en repérez le volume, le contour, la surface, la consistance (l'induration du cancer), la mobilité (apparente).

Fig. 152 : plissez la peau, ou mieux, essayez de la soulever, en pli, avec les doigts, disposés comme le montre la figure; elle ne se soulève pas, elle se ride, se froisse, elle tient, non pas en nappe, mais par une série de ponts, à la tumeur : *peau d'orange*. La même manœuvre confirme et accuse encore la dépression du mamelon.

Votre tumeur *adhère à la peau* : *adhère-t-elle au plan profond*, à l'aponévrose du grand pectoral, au grand pectoral? Elle se mobilise parfaitement, au repos; mais c'est le muscle peut-être qui se mobilise. Faites-le contracter, ce muscle grand pectoral, et voyez si la tumeur « bouge » encore.

Fig. 153 : le bras est écarté; demandez qu'on le rapproche du tronc,



FIG. 151. — Exploration d'un cancer du sein. — Le mamelon droit rétracté.



FIG. 152. — Exploration d'un cancer du sein. Recherche de la peau d'orange.

pendant que vous résistez au mouvement, d'une main, et que l'autre encadre la tumeur et cherche à la déplacer. — Il y a bien d'autres procédés utilisables pour obtenir cette contraction « d'épreuve », du grand pectoral : faites prendre la base latérale du lit, et tirer dessus; faites soulever une chaise un peu lourde ou tirer sur un bouton de porte; faites croiser les mains au-dessus de la tête, et demandez qu'on rapproche les coudes (fig. 154).



FIG. 153. — Exploration d'un cancer du sein. Recherche de la mobilité profonde.

Remarquez bien que cette adhérence au grand pectoral, tout intéressante

qu'elle soit dans certaines conditions de diagnostic douteux, n'a plus autant d'importance, aujourd'hui que l'ablation du muscle fait partie du mode opératoire courant. Ce qui importe beaucoup plus, c'est *l'adhérence profonde, à la paroi thoracique*, sinon la fixation vraie, qui ne se voit d'ordinaire que dans les formes avancées, mais l'accrolement étroit, le glissement très limité, qui témoignent d'une



FIG. 154. — Exploration d'un cancer du sein. — Recherche de la mobilité profonde. — On fait croiser les mains sur le haut de la tête, et rapprocher les coudes : contraction du grand pectoral.

connexion intime avec le périoste costal et de voies toutes préparées à la diffusion intra-thoracique.

Aux ganglions. Fig. 155 : l'une de vos mains s'applique à la *paroi interne de l'aisselle*, sous le bord du grand pectoral : elle remonte là peu à peu, lentement, en cherchant les nodosités arrondies, dures, plus ou moins mobiles, que figurent les ganglions; elle remonte jusqu'au sommet de l'aisselle, le plus haut possible, et c'est pour cette

recherche, au sommet, qu'il sert beaucoup d'appliquer l'autre main au-dessous de la clavicule.

Ce n'est pas tout d'explorer l'aisselle : il faut palper également la région sous-claviculaire, le creux sus-claviculaire (fig. 156); pour le creux sus-claviculaire, vous pourrez encore procéder comme figure 121, et pratiquer la « fouille » d'arrière en avant.

Vous trouvez parfois des *ganglions partout*, une chaîne noueuse dans l'aisselle, une ou deux nodosités dures, au-dessus de la clavicule, et même quelques ganglions dans l'aisselle opposée, alors que l'autre sein paraît indemne; — ailleurs, vous ne constatez que des ganglions axillaires, une chaîne, deux ou trois, un seul parfois, déclive, voisin du prolongement supéro-externe de la glande, ou encore, tout en haut de l'aisselle, assez petit, malaisément repérable (voy. fig. 155).

Soyez bien assuré qu'il y a toujours *plus de ganglions que vous n'en sentez*; et, si vous ne trouvez rien, ou rien de net, surtout chez les femmes grasses, n'en tirez pas de conclusion ferme, quant à la nature de la tumeur, si elle est dure, adhérente, avec mamelon rétracté, et ne manquez pas, en intervenant, de vider toujours l'aisselle.

Mais ce n'est pas tout encore. Inspectez l'aisselle *opposée* (nous venons de le dire), le *sein opposé* : il est exceptionnel que le cancer affecte primitivement les deux seins, mais vous en verrez, comme moi, des exemples; j'ai même le souvenir

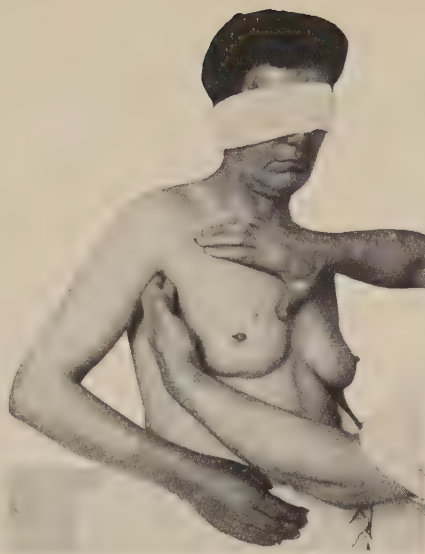


FIG. 155. — Exploration d'un cancer du sein.
Recherche des ganglions de l'aisselle.



FIG. 156. — Exploration d'un cancer du sein.
Recherche des ganglions sous et sus-claviculaires

(et deux souvenirs), d'un cancer unilatéral bien caractérisé, avec une petite bosselure, sans caractères, sans ganglions, de l'autre sein; l'intervention unilatérale fut pratiquée, et, au bout de quelques mois, de l'autre côté, la « petite bosselure » grossissait, et s'accusait aussi, manifestement, comme un cancer : il fallut réintervenir.

Inspectez aussi **toute la peau de la face antérieure du thorax** : vous y verrez parfois, ou vous y sentirez, des nodosités dures, en groupes ou disséminées, saillantes, rougeâtres, ou affaissées, perceptibles

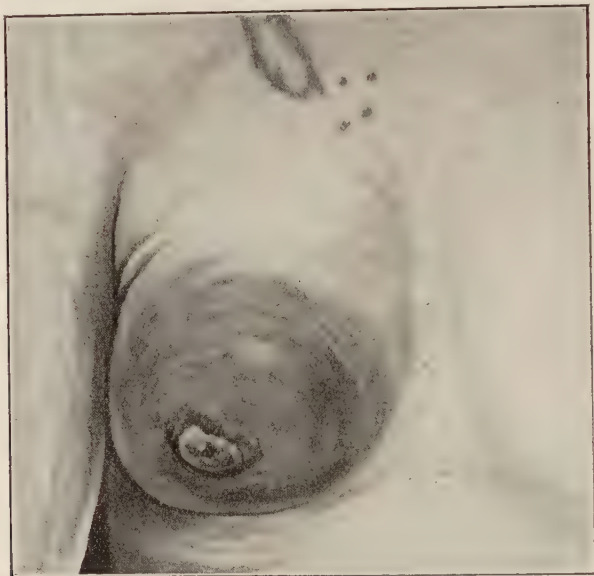


FIG. 157. — Cancer du sein avec nodules épithéliomateux, disséminés, de la peau ambiante.

tibles surtout à la main qui explore « à plat ». On trouve, de ces *nodosités cutanées* (fig. 157), grosses, confluentes, ulcérées même, dans les cancers récidivés; ici, leur développement est beaucoup moindre : elles sont à leur début, mais leur signification est la même. Elles dénoncent l'*infiltration néoplasique de la peau, sur le trajet des lymphatiques cutanés*, et témoignent d'une propagation cancéreuse « illimitée ». C'est un signe de gravité désespérante, et, le plus souvent, une contre-indication opératoire.

J'ai vu, ces temps derniers, une jeune femme de vingt ans, accouchée depuis deux mois, qui n'avait pas nourri, et dont le sein gauche, très proéminent, un peu rougeâtre, était infiltré tout entier d'une sorte de gangue épaisse, un peu nodulée et indurée par places, et qu'on avait prise et traitée, pendant plusieurs semaines, pour un phlegmon du sein. La peau de la région mammaire était parsemée de nodules cutanés, en relief, durs, rougeâtres : je dus conclure au cancer

aiguë diffus, des sujets jeunes; et, bien que la dissémination cutanée fût singulièrement alarmante, je voulus exciser le sein et la peau aussi largement que possible, pour soumettre ultérieurement, cicatrisation faite, toute la région à la radiothérapie. Tout se passa bien : le gros sein n'adhérait pas, il n'y avait que de rares ganglions. et l'incision cutanée avait pu être reportée aux confins périphériques du semis nodulaire. La guérison fut suivie d'une période de santé apparente, qui dura peu : la récurrence fut rapide (l'examen histologique avait démontré, du reste, l'épithélioma mammaire et cutané), et six mois après, la jeune femme de vingt ans était morte.

Inspectez enfin et toujours, la plèvre et le poumon, — le foie, — le rachis. Ce sont — et par ordre de fréquence — les foyers habituels des *métastases*, et ces métastases sont parfois latentes, et beaucoup plus précoces qu'on ne le croirait; ou, du moins, si elles se voient — et tout naturellement — avec de gros cancers adhérents, ulcérés, entourés d'adénopathies multiples, on peut les rencontrer, et sous un développement qui surprend, au cours de néoplasmes mammaires, nettement cancéreux, mais d'allures banales.

Frottements pleuraux, épanchement de la base; zones disséminées de submatité pulmonaire, avec des râles en foyer; gêne respiratoire, crises de dyspnée, malité inter-scapulaire, signalant l'adénopathie médiastin : *crachements de sang*; en règle, dans un néoplasme mammaire, un examen radiographique du thorax serait toujours de bonne pratique.

Bord antérieur du foie saillant, bosselé, induré; de l'ascite quelquefois; *il faut toujours voir le ventre, quand on examine le sein*. Je me souviens — entre autres — d'un cancer du sein, d'aspect ordinaire, sans adhérence profonde, sans noyaux cutanés, avec une adénopathie axillaire discrète, qui m'était envoyé pour opération; je trouvai un ventre rempli de liquide jusqu'à l'ombilic, et un gros foie bosselé, qui faisait relief sous le rebord costal.

Rachis : douleurs irradiant à la face postérieure des deux membres inférieurs, ou d'un seul, dans l'aire des sciatiques; quelquefois, sciatique vraie; (voy. plus loin : *Membre inférieur*); douleur fixe à la région dorso-lombaire, lombalgie et douleur à la pression des apophyses épineuses; gêne des mouvements rachidiens de flexion, d'extension, de latéralité, de torsion. — Il ne faut pas trop se hâter de conclure à la métastase vertébrale, mais, si les accidents se prolongent, se précisent, s'aggravent, il faut bien y penser, et entrevoir la lugubre fin qui en procédera : paraplégie douloureuse, eschares, complications vésico-rénales, etc.

Tel est le cancer du sein, d'observation courante, et les divers modes d'exploration nécessaires, pour en établir le diagnostic (le pronostic probable) et les indications thérapeutiques.

Je ne fais que rappeler les **cancers en masse**, diffus, aigus, dont je donnais plus haut un exemple, et qui peuvent affecter des apparences phlegmoneuses — les **cancers en cuirasse**, qui se diffusent dans la peau et infiltrent tout le devant du thorax, en se propageant même dans les aisselles (c'est une forme assez fréquente dans le cancer récidivé; elle se voit aussi primitivement) — le **squirrhe atrophique** des vieilles femmes — et le type, inverse, des très gros cancers, bosselés, saillants, indurés à leur base, presque mous à leur efflorescence périphérique, qui s'ulcèrent vite et saignent, se couvrent d'une sanie noirâtre, et suppurent, et qui font penser au sarcome : ce sont les **cancers encéphaloïdes**, que les anciens opposaient au squirrhe.

Mais je voudrais surtout insister sur certaines **FORMES « DE DÉBUT »**, dont le diagnostic est autrement intéressant que celui des formes précédentes, inopérables ou opérables sans lendemain.

Vous trouverez de *petites plaques*, de *petits blocs*, de cancer initial, dans le *pli sous-mammaire* — à l'*angle supéro-externe* du sein, à la base de l'aisselle, sous le bord du pectoral, distants de la glande, et qu'on prendrait aisément pour des adénopathies basses — *sous l'aréole* — au *mamelon*; en tel ou tel point du sein.

Dans l'épaisseur du sein, chez des femmes jeunes, vous rencontrerez parfois de ces **noyaux isolés**, qui prêtent à longue discussion, ou mieux à examen minutieux, prolongé et répété. *Cancer, fibro-adenome, tuberculose, gomme syphilitique, mammite chronique* : telles sont les hypothèses qui se présentent, et qu'il convient d'étudier et de départager; et c'est là que les divers modes d'exploration, décrits plus haut, — mamelon, peau d'orange, adhérences profondes, ganglions, — devront être appliqués avec une particulière insistance.

S'ils restent décidément négatifs, il faudra encore faire grand cas de la forme et de la consistance du noyau : dans le cancer, il n'est pas encapsulé, rond, isolé au milieu de la glande; il « tient » par toute sa surface, il n'a point de contours arrondis, on le sent irrégulier, infiltré, sur sa périphérie; de plus, il est dur, et d'une dureté particulière, ligneuse. Ce sont des nuances de palper, je le veux bien, mais des nuances qui servent, lorsque le palper est exercé par l'expérience; je n'ai pas besoin d'ajouter que l'examen histologique devra toujours trancher la question lors d'ablation locale, et conduire, s'il y a lieu, à une intervention seconde, plus large. Il y a des cas où il faut savoir hésiter, et, d'avance, exposer, sinon à la malade elle-même, du moins à quelqu'un d'autorisé, dans son entourage, la nature et les raisons de l'hésitation, et le programme thérapeutique de raison, qu'elle commande.

Il arrive encore — et je tiens à insister sur cette forme curieuse, dont j'ai vu de nombreux exemples — que l'on ne sente rien, ou presque

rien, dans la glande, mais que la femme **perde du sang par le mamelon**; quelques gouttes, tous les jours, qui tachent le linge; des écoulements plus abondants, de véritables petites hémorragies, se répétant de temps en temps, à l'époque des règles, en particulier. L'accident date parfois de longtemps, de plusieurs mois, d'années même. Il devient plus fréquent, il finit par inquiéter; on vous consulte : en comprimant l'aréole de dehors en dedans, vous faites sourdre quelques gouttes de sang, ou de liquide teinté de sang, au mamelon.

On a émis plusieurs théories de ces *hémorragies mammaires* : avant



FIG. 158. — *Infiltration néoplasique diffuse, simulant la mammite. Le gros sein est lourd.*

tout, songez à l'**épithélioma intra-canaliculaire**, que Verneuil nous avait si bien enseigné.

Le fait que voici sera, je pense, des plus démonstratifs : il y a dix-huit ans, je suis appelé à voir une femme de trente-sept ans, qui, depuis dix-huit mois, présentait au sein gauche, ces écoulements sanguins, menstruels (elle était, du reste, parfaitement réglée), dont nous venons de parler; la petite hémorragie se reproduit maintenant entre les règles, toujours minime, des gouttes, mais du sang bien rouge. Excellent état général; pas de douleur : un peu de sensibilité vague, au sein gauche, et c'est tout. Le sein, l'aisselle, toute la région sont examinés avec le plus grand soin : rien, à part une petite bosselure, comme un grain de chènevis, que l'on finit par trouver sur l'aréole, et qui devient sensible au moment des écoulements rouges. On se décide à extirper cette petite bosselure; elle est examinée par un histologiste distingué, qui conclut à un angiome veineux.

Pourtant les hémorragies se reproduisent. Deux ans après, on constate une petite tumeur intra-mammaire, voisine de l'aréole, ferme, non indurée, mobile, sans ganglions : on enlève cette petite tumeur. L'examen histologique, cette fois, conclut à l'épithélioma, et, de fait, la récurrence se montre très vite dans la cicatrice. Extirpation du sein et du contenu axillaire : pas de ganglions néoplasiques; épithélioma mammaire, encore cantonné, mais en voie de diffusion.

Dix ans de guérison apparente complète, puis apparition de quelques nodules durs, cicatriciels, qu'on excise; reproduction d'autres petits noyaux : excision large de la cicatrice. Finalement, au bout de treize ans, et pendant que deux nouveaux nodules suspects, adhérents aux côtes, cette fois, sont traités par la radiothérapie, l'état général s'aggrave, des accidents pleuro-pulmonaires surviennent, et la mort s'ensuit.

Souvenez-vous encore de ces **infiltrations néoplasiques diffuses**, qui en imposent parfois pour des mammites. Exemple : une femme de quarante-cinq ans souffre un peu du sein gauche, depuis quelques mois; le sein a grossi; la peau est rosée, au bord décline, mais normale et mobile sur toute la surface; rien au mamelon, rien dans l'aisselle. On ne trouve, dans la glande, aucun noyau, aucune induration suspecte : elle est épaissie en masse, surtout dans sa moitié inféro-externe; elle donne une sensation d'infiltration œdémateuse profonde; elle est manifestement plus lourde — lorsqu'on soulève les deux glandes avec les deux mains (fig. 158). — Elle est soulevée, comprimée, enveloppée de compresses humides : pas de résultat; au bout de quinze jours, elle a grossi encore, elle est devenue plus épaisse, plus ferme; l'ablation est pratiquée, et l'on trouve un épithélioma diffus, avec un semis de tout petits nodules.

Ces formes-là, qui ressemblent à des mammites, ne sont pas très rares; et, si le diagnostic peut être assez complexe chez des femmes jeunes, il l'est moins à un certain âge, les mammites simples devenant alors exceptionnelles.

ULCÉRATIONS ET FISTULES

Puisque nous venons d'étudier le cancer, nous signalerons d'abord les **ulcérations cancéreuses**.

Un mot seulement des *vastes ulcérations* que l'on voit trop souvent, dans les gros cancers méconnus ou récidivés. Le diagnostic saute aux yeux, et, presque toujours, il est trop tard pour rien faire d'efficace.

Mais vous verrez des *noyaux cancéreux*, bien localisés, et ulcérés : ulcères profonds, cratériformes (*ulcus rodens*), de paroi dure, reposant

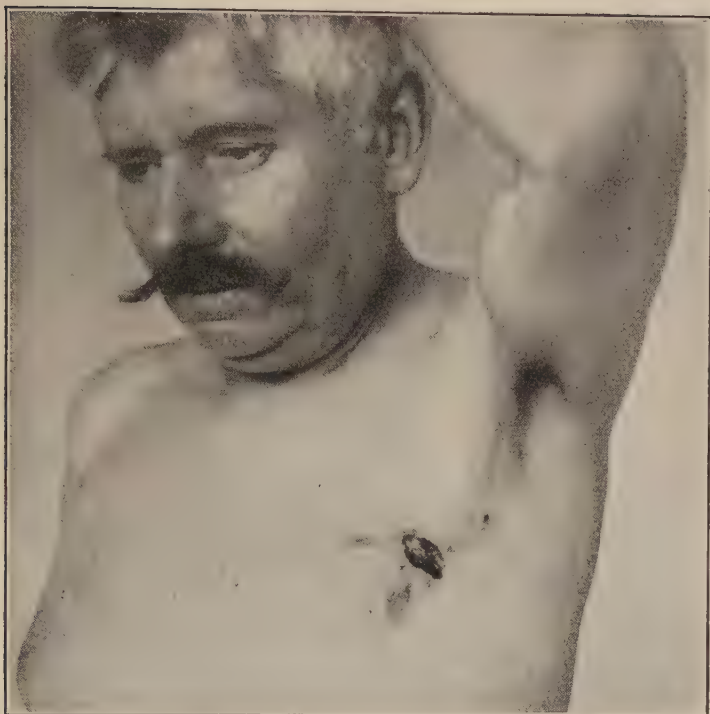


FIG. 159. — Noyau cancéreux, ulcéré du sein, et ganglions axillaires, chez un homme.

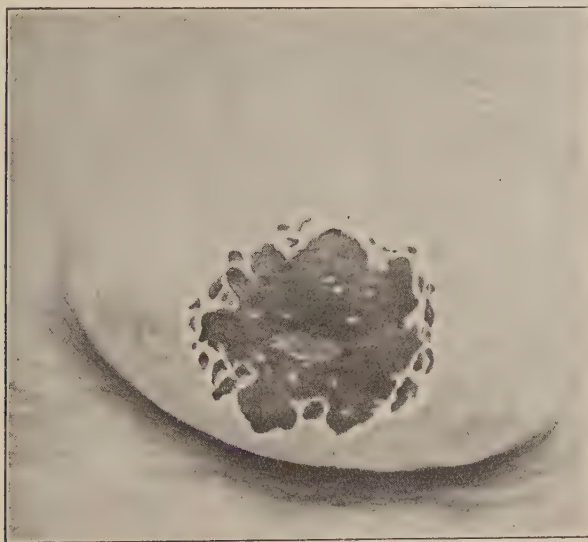


FIG. 160. — *Maladie de Paget*. — Ulcération eczémateuse aréolaire; épithéliome sous-jacent.

sur une base indurée, plus ou moins large, et qui saigne (fig. 159); ulcère qui complique toujours gravement le pronostic, parce qu'il suppose l'envahissement de la peau, et toutes ses conséquences (noyaux cutanés, à rechercher, etc.).

Ces *ulcérations néoplasiques*, traduisant la propagation du cancer à la peau, dures et saignantes comme lui, sont à distinguer des ulcérations, souvent larges, à bords minces, que l'on voit sur de grosses tumeurs, sur de gros sarcomes, en particulier (voy. p. 138), et qui succèdent à la nécrobiose cutanée progressive, par distension excentrique.

Il y a lieu de rappeler ici une autre variété d'ulcération : l'*ulcération superficielle, eczémateuse*, de bords minces et irréguliers, qui couvre l'aréole, dans la **maladie de Paget** (fig. 160). Je n'ai pas à discuter ici l'entité clinique décrite par Paget : ces ulcérations aréolaires, rebelles, peuvent s'inscrire purement et simplement au chapitre de l'eczéma chronique; mais il convient toujours de les tenir pour suspectes, parce que, de temps en temps, on verra, au bout d'une période parfois très longue (années), une induration se montrer dans ce sein chroniquement ulcéré, une induration néoplasique, *un cancer*, et tel est l'intérêt pratique, à retenir.

Vous verrez encore au sein : des *ulcérations et des fistules tuberculeuses* (voy. p. 136); — des ulcérations **syphilitiques**, chancre induré du mamelon ou de l'aréole, gomme ulcérée.

Vous rencontrerez des fistules, plus ou moins largement ulcérées à leur orifice, et qui procéderont de suppurations anciennes, suppurations banales, non spécifiques, non tuberculeuses, mal ouvertes, mal drainées; j'ai retiré un jour l'une de ces fistules, de vilain aspect, indurée, datant de fort loin, et qui avait fait penser à tout autre chose, un drain oublié.

Il faut rappeler encore les *fistules costales*, qui s'ouvrent au sein, et, en particulier, au pli sous-mammaire.

ABDOMEN

Il faut « s'orienter », ici encore, pour explorer méthodiquement cette énorme cavité; et, dans ce but, la délimiter en régions, par quelques lignes fort simples; *ligne verticale médiane xiphôido-pubienne* (la ligne

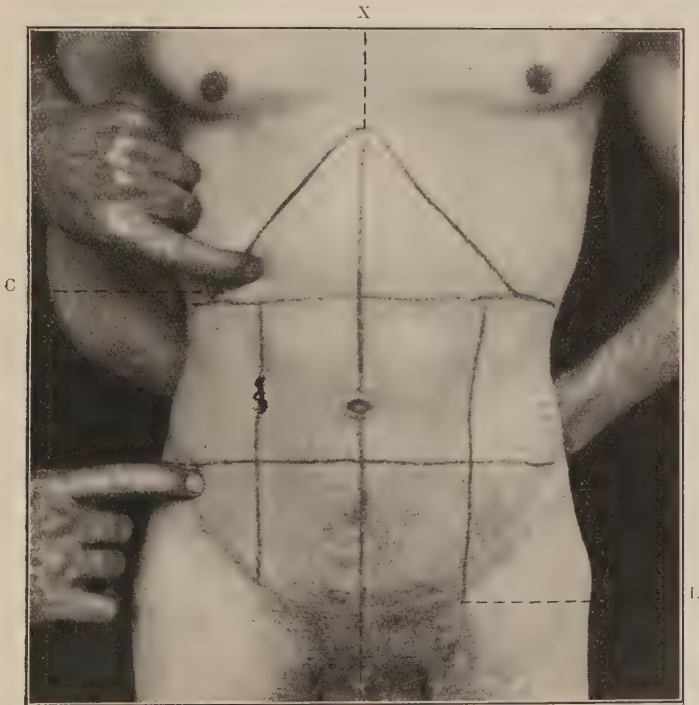


FIG. 161. — Les lignes régionales de la paroi abdominale antérieure, et les régions. — C. 10 côtes, et ligne transversale les réunissant; L, milieu de l'arcade crurale, d'où monte la ligne verticale latérale; X, appendice xiphôide. — L'index gauche repère le 10^e cartilage costal (mobile), l'index droit, l'épine iliaque antéro-supérieure (ligne transversale bi-spinale.)

blanche); — *ligne verticale latérale*, émergeant du milieu de l'arcade crurale; — *ligne transversale sous-costale*, reliant le bord convexe,

déclive, des *10^e cartilages costaux* (les cartilages mobiles): — *ligne transversale bi-spinale*, tracée de l'une à l'autre des deux épines iliaques antéro-supérieures.

En se croisant, ces lignes, verticales et transversales, circonscrivent (fig. 161), tout artificiellement, trois régions médianes, l'**épigastre**, l'**aire centrale de l'abdomen** ou région ombilicale, l'**hypogastre**; — trois régions latérales, à droite et à gauche, l'**hypochondre**, inclus sous l'arcade costale, le **flanc**, la **fosse iliaque**. Ces cantonnements régionaux sont en libre communication, mais à chacun d'eux répond un organe principal, et c'est pour cela encore, qu'il est utile d'en jalonner le territoire.

Au-devant de toutes les régions profondes, il y a une paroi commune et continue, la **paroi abdominale antérieure**, qui doit être d'abord étudiée.

PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE

Regardez-la d'abord, cette paroi abdominale, de face, de côté, sur le sujet couché, sur le sujet debout (s'il peut se tenir debout); que de précieuses données vous devrez à cet examen préliminaire, trop souvent négligé, — et qui prend si peu de temps! Nous y reviendrons maintes fois, à propos de chaque région de l'abdomen.

Même en dehors des traumatismes et des affections intra-abdominales, aiguës ou chroniques, il est utile d'inspecter *la forme et la tenue du ventre*.

Il y a deux types morphologiques, qu'on pourrait dire normaux :

Ventre en saillie, mais non proéminent, bien musclé, bien tendu, de surface et de contours absolument réguliers;

Ventre large, plat, mais bien musclé encore, et sans le moindre affaissement déclive, avec des épines iliaques très écartées et un grand diamètre pelvien transversal; dirai-je que j'ai l'habitude d'appeler ces ventres-là, des « ventres chirurgicaux », parce que leur évitement se prête particulièrement bien aux manœuvres d'exploration et à celles de la laparotomie?

Mais que d'autres aspects!

Ventre saillant ou *large*, qui « se tient » bien dans ses deux tiers supérieurs, mais se montre flasque, mou, **dépressible, en bas, où deux voussures se dessinent** au-dessus des plis inguinaux, dans la station debout et dans l'effort; souvent, une troisième voussure fait relief au-dessus du pubis, et c'est le ventre « à triple saillie », de Malgaigne. Mauvaise paroi, dont l'armature musculaire a cédé, et se prêter mal ou pas aux réparations durables.

Gros ventre ptosique, dont la paroi, s'affaisse en un pli, prolabé plus ou moins bas.

C'est en pareil cas, que l'examen « debout » est de toute nécessité; debout, le relief d'une ascite, d'une grosse tumeur abdominale ne se modifie guère : le ventre « ptosique » s'accuse au mieux. Pratiquez l'épreuve de la « sangle », faites-la faire par le sujet lui-même, debout



FIG. 162. — Gros ventre ptosique : épreuve de la sangle.

devant vous, et dont les deux mains, largement appliquées, de bas en haut, au-dessus des aines, relèvent la besace tombante (fig. 162): ou bien, debout derrière lui, exécutez vous-même semblable manœuvre. Le relèvement est des plus simples, il « soulage » toujours; dès que les mains sont retirées et que la masse retombe, la gêne reparait; sensation de poids et de tiraillement pénible, douleurs de reins, etc.

Dites-vous bien que, dans ces conditions, le prolapsus pariétal s'associe au prolapsus intra-abdominal, dont il ne fait que témoigner, et que, derrière cette paroi affaissée, il y a une *ptose viscérale* géné-

ralisée, qui représente le principal facteur des douleurs et des accidents (voy. plus loin).

Vous verrez encore le **gros ventre grasseux, sans ptose** ; vous le verrez surtout chez des femmes de quarante à soixante ans, qui ne souffrent pas, qui n'ont pas d'accident, mais qui s'inquiètent à la longue de ce « gros ventre », qui croît sans cesse. Or, dans la station debout, l'énorme saillie abdominale ne s'affaisse pas, *ne tombe pas* ; on dirait un gros kyste de l'ovaire, un gros fibrome. Faites coucher la femme : si la paroi s'aplatit peu, elle se détend surtout, et le palper profond ne révèle rien, mais vous appréciez l'épaisseur, parfois déconcertante ; de cette paroi ; et, si vous l'empaumez, en travers, avec les doigts et le pouce, ou entre les deux mains, vous soulevez un volumineux bourrelet grasseux ; il n'y a rien dessous, dans le ventre, je veux dire, aucune tumeur, aucune procidence en masse des viscères abdominaux.

En inspectant ainsi la paroi abdominale, on ne manquera pas de rechercher et de noter, s'il y a lieu, les *dilatations veineuses superficielles* : les grosses veines descendantes de l'hypochondre droit ; le plexus péri-ombilical variqueux ; les troncs veineux, sinueux et bosselés, qui remontent verticalement des arcades crurales, sur les côtés des muscles droits. Ce sont là des témoins d'une circulation profonde entravée (cirrhose, compressions, thrombose, etc.).

Il faut encore savoir regarder, avant de palper, dans toutes les affections dont la paroi abdominale peut être le siège : **traumatismes, hernies et éventrations, phlegmons et abcès, tumeurs.**

TRAUMATISMES

Je n'entends parler ici qu'é des traumatismes sans plaie : **contusions, ruptures.**

Contusion banale, suivie, à bref délai, d'une ecchymose, souvent très large, qui se diffuse en bas et en arrière.

Hématome, plus ou moins volumineux et saillant ; il procède presque toujours d'une rupture musculaire, au moins partielle, qu'il siège sur les côtés de l'abdomen (muscles larges), ou au voisinage de la ligne blanche (muscles droits). — Exemple. Un homme a reçu, trois jours avant, un coup de pied de cheval à la fosse iliaque gauche ; grosse voussure, au-dessus du pli de l'aîne ; la voussure se tend, quand l'homme cherche à s'asseoir ; fluctuation profonde ; aucune réaction abdominale ; le diagnostic d'hématome pariétal se confirma à l'incision de la poche.

Ici, comme pour les tumeurs que nous étudierons plus loin, la tension, la fixation, l'induration de la masse, lorsqu'on fait asseoir le

blessé (ou que le mouvement s'esquisse, car la douleur empêche souvent de le compléter), démontrent la localisation intra-pariétale de l'hématome¹ (voy. fig. 178). Et le fait s'observe avec une particulière netteté dans les ruptures « intra-capsulaires » du droit, qui succèdent d'ordinaire à un minime trauma ou à quelque effort, à la suite de la fièvre typhoïde ou d'autres maladies infectieuses.

Quelle que soit leur origine, ces hématomes de la paroi peuvent s'infecter et suppurer (voy. *Phlegmons et abcès*); ils peuvent s'enkyster et simuler plus tard, beaucoup plus tard, quelquefois, des tumeurs pariétales (voy. *Tumeurs*).

HERNIES ET ÉVENTRATIONS

Hernies de la ligne médiane, *épigastriques, ombilicales, para-ombilicales, de la ligne blanche*; hernies latérales, de la ligne semi-circulaire de Spigel (grande rareté : j'en ai opéré trois). (Voy. plus

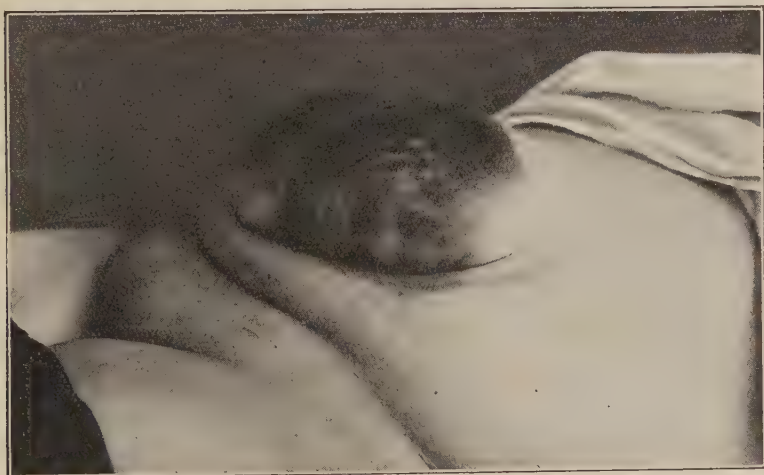


FIG. 163. — Grosse hernie ombilicale.

loin : *Hernies*), — hernies **cicatricielles**, consécutives à une plaie, à une incision opératoire, et qui, celles-là, peuvent siéger partout : la cicatrice les désigne, et la désignation est particulièrement utile à relever, dans certaines petites hernies adhérentes, recouvertes d'une peau lymphangitique, et qui peuvent en imposer pour de simples abcès.

1. On n'oubliera pas, toutefois, les ruptures musculaires pariétales, qui intéressent le péritoine antérieur, et qui donnent lieu à un épanchement sanguin intra-abdominal (voy. *Chirurgie d'urgence*, p. 270).

Dans toute hernie, quelle qu'en soit l'origine, quel qu'en soit le volume, c'est l'**orifice de sortie, l'anneau**, qu'il faut, avant tout, rechercher, explorer, mesurer : la largeur de cet anneau, la résistance de ses bords fournissent les meilleures données pour juger de la curabilité opératoire.

Voici une énorme hernie ombilicale, très ancienne, avec une peau épaissie, rougeâtre, érodée (fig. 163). Mauvais cas, — attendez pourtant, avant de conclure : essayez de réduire, d'abord, et n'oubliez pas



FIG. 164. — Grosse hernie ombilicale : essai de réduction.

que les grosses hernies ne sont pas nécessairement des hernies adhérentes, totalement ou partiellement irréductibles.

Faites donc un taxis explorateur très doux, mais progressif et d'une suffisante ténacité, en comprimant dans l'axe vertical (fig. 164), obliquement, en cherchant à soulever des deux mains la masse herniaire, en l'affaissant vers le pubis, en l'inclinant sur le côté. Par ces diverses manœuvres, qui se succèdent instinctivement, si je puis dire, avec quelque habitude, on réussit, assez souvent, à réduire en totalité. — Ainsi en fut-il dans l'énorme omphalocèle représentée ci-dessus ; et, la réduction faite, on pénétra, par **la manœuvre des deux pouces** (fig. 165), dans un orifice, large comme une pièce de cinq francs, de bords latéraux fermes, qui se tenaient et se rapprochaient, lorsque la femme cherchait à s'asseoir. C'était donc, en réalité, un « bon cas » ; et, de fait, la cure radicale, après réduction préalable et en position inclinée, fut simple, et permit, en adossant les deux droits, d'obtenir une solide réfection pariétale.

Réductibilité complète ; anneau pariétal de bords résistants et

doublés par deux grands droits, qui se contractent bien et se rapprochent jusqu'au contact, ou presque, en se contractant : excellents résultats d'exploration, sur lesquels vous pouvez baser — s'ils ont été dûment établis — les indications et le pronostic opératoires.

Mais il arrive que vous trouviez tout le contraire :

Orifice très large, mal limité, de pourtour mince, peu saillant, même dans les mouvements de flexion du tronc, avec des droits atrophiés, distants, qui se contractent mal et ne se rapprochent pas :

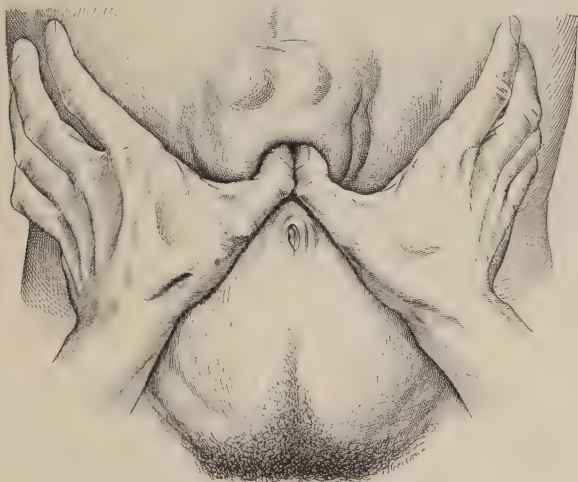


FIG. 165. — *Hernie réduite : manœuvre des deux pouces, pour explorer la largeur de l'anneau et la résistance de ses bords. — Il s'agit, ici, d'une grosse hernie épigastrique, ancienne, dont le sac, épaissi et grasseux, apparaît en relief, au-dessus des pouces ; mais ces deux pouces, en pénétrant, reconnaissent que la réduction est bien complète, que le pourtour de l'anneau est libre.*

la hernie est devenue une *éventration* et une éventration de la plus mauvaise forme (voy. plus loin).

Irréductibilité ; je crois, qu'en dehors des accidents d'étranglement ou de « pseudo-étranglement », l'*irréductibilité totale* d'une hernie, d'une grosse hernie, n'est qu'apparente et passagère ; au besoin, le repos au lit, pendant deux ou trois jours, la diète, des purgations douces (huile de ricin, par cuillerées à café d'heure en heure, jusqu'à concurrence de 5 ou 6) affaibliront d'ordinaire, assez vite, la tension « en bloc » primitive. De toute façon, si vous ne réduisez pas complètement, vous réduisez assez, pour aborder l'anneau, en quelque point, et pour en apprécier la largeur, la tension, la doublure musculaire. (Pour les hernies ombilicales étranglées, voy. *Chirurgie d'urgence*, p. 750.)

Et remarquez bien que la même manœuvre est applicable aux hernies moyennes et petites : après réduction, ou essai suffisant de

réduction, c'est l'anneau qu'il faut rechercher : vous le sentirez net, régulier, tranchant même, sur toute sa périphérie, si la réduction a



FIG. 166. — Éventration. — Relèvement de la masse prolabée.

été complète, sans « résidu » intra-sacculaire : pour peu que des haillons épiplœiques restent herniés et adhérents au sac, vous ne trouverez



FIG. 167. — Éventration. — La limite supérieure de l'hiatus pariétal.

plus cette bordure franche : elle sera doublée, épaissie, déformée, ici ou là.

C'est encore à la longueur et à la largeur de l'hiatus pariétal, et au rapprochement des droits contractés, qu'il faut « estimer » les **éventrations**, post-gravidiqes, post-traumatiques, post-opératoires.

Voici un gros bloc d'éventration post-opératoire, qui descend jusqu'aux cuisses : tout d'abord, relevez-le, de bas en haut (fig. 166),



FIG. 168. — Éventration. — La limite inférieure de l'hiatus pariétal.

et repérez le pli déclive, notablement plus haut situé que le cul-de-sac déclive de la tumeur, et qui marque le bord inférieur de la trouée



FIG. 169. — Éventration. — Les bords de l'hiatus pariétal.

pariétale. Réduisez, s'il est possible, ou, du moins, autant que vous le pouvez; puis, **explorez l'hiatus** : sa limite supérieure (fig. 167), sa limite inférieure (fig. 168), et surtout ses deux bords (fig. 169). Pincez-les, ces deux bords, entre les doigts et le pouce; appréciez leur écartement, leur épaisseur, leur résistance; vos deux mains en place, faites asseoir : les deux droits se contractent, durcissent, se rapprochent



FIG. 170. — Éventration tombant jusqu'aux genoux.

quelques mois. C'était chez une femme d'une soixantaine d'années; les deux figures mettent bien en lumière ce que nous avons maintes fois exposé, à savoir, que l'hiatus d'émergence est l'élément capital d'appréciation opératoire, en pareil cas. L'énorme masse, qui pendait jusqu'aux genoux (fig. 170), soulevée avec les deux mains (fig. 171), — et la malade effectua d'elle-même le mouvement, elle en avait l'habitude : il la soulageait — découvrait un pédicule de sortie, assez bien circonscrit, de largeur non démesurée, de bords qui paraissaient se prêter au rapprochement.

notablement : bien, nous pourrions, sans doute, après libération, les mettre en contact, et réaliser une bonne réfection pariétale, éventration *curable*; — les deux bords sont minces, lamellaires, ils durcissent à peine, se rapprochent à peine, la perte de substance pariétale est large et béante : mauvaises conditions de réparation, éventration *incurable*, le plus souvent.

On voit des *éventrations monstrueuses*; les figures 170 et 171 en sont un exemple, le dernier que nous ayons observé, et opéré, il y a



FIG. 171. — Éventration tombant jusqu'aux genoux. — La masse, relevée avec les deux mains, découvre un pédicule de sortie, de largeur moyenne, et réparable.

Finalement, je me décidai à opérer cette malade sous l'anesthésie rachidienne : j'incisai circonférentiellement les enveloppes, tout près de l'orifice de sortie, et je les excisai, en décollant et sectionnant les adhérences ; une fois « décoiffé » de la sorte, le bloc hernié, intestino-épiploïque, se laissa réduire peu à peu ; la paroi fut réunie. La guérison a suivi. Certes, il ne s'agit pas là d'une réparation « à toute épreuve » ; des précautions et une ceinture seront indispensables pour prévenir la récurrence ; mais le bénéfice obtenu n'en est pas moins important.

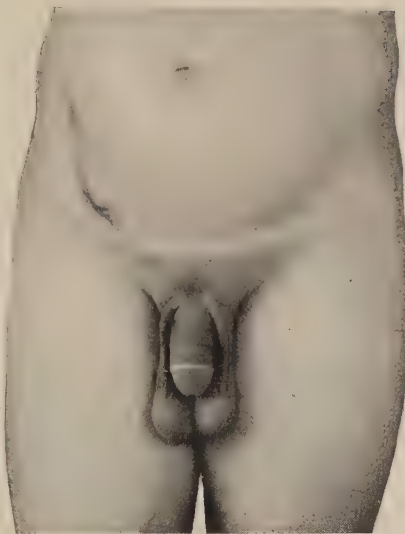


FIG. 172. — Petite hernie cicatricielle décline, après opération d'appendicite.

Vous rechercherez encore l'orifice, du bout de l'index, dans les **petites hernies cicatricielles**, en particulier, celles qui succèdent

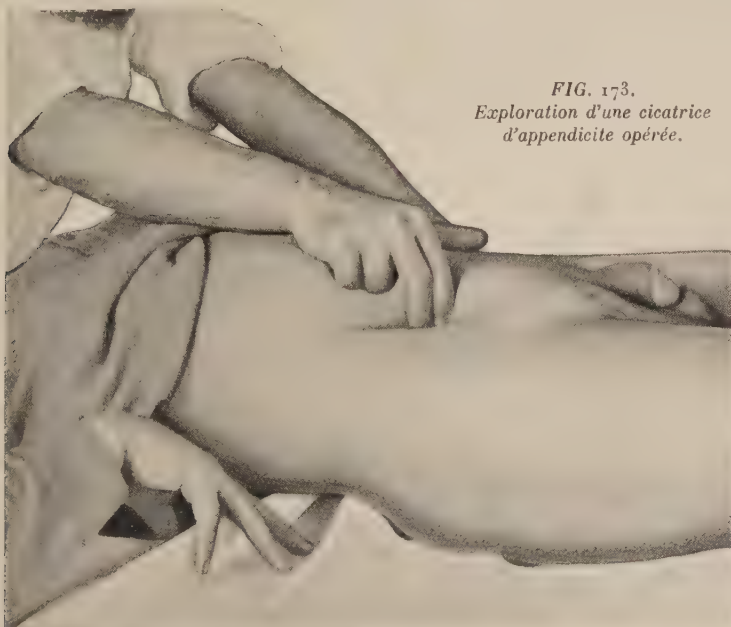


FIG. 173.
Exploration d'une cicatrice
d'appendicite opérée.

parfois aux appendicites suppurées, opérées à chaud et drainées ; elles siègent le plus souvent à l'extrémité déclive de la cicatrice (fig. 172) :

l'index les réduit, et pénètre dans l'orifice, plus ou moins librement. D'anciens opérés se plaindront de souffrir de leur cicatrice : examinez-la toujours soigneusement, cette cicatrice (fig. 173) : vous y trouverez parfois un petit orifice, une petite bosselure : étroite déhiscence pariétale, frange épiploïque adhérente.

PHLEGMONS ET ABCÈS

Je ne fais que rappeler les phlegmons et *abcès superficiels*, sous-cutanés, de sièges très divers, d'origine banale, qui figurent parfois

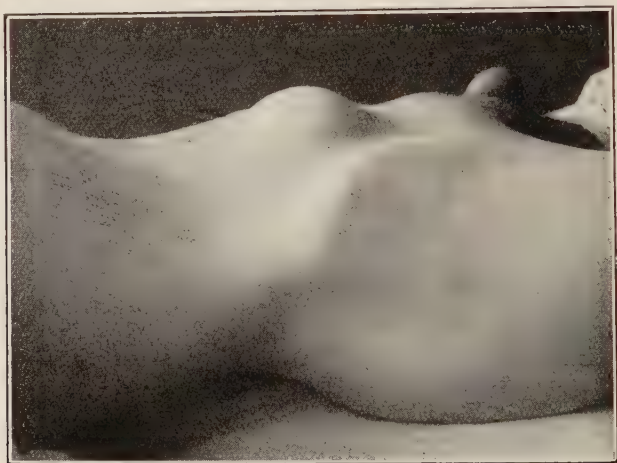


FIG. 174. — *Abcès sous-ombilical*, de Heurtaux.

des masses saillantes volumineuses. En pareil cas, leur large base, épaissie et infiltrée, semble faire corps avec la paroi fibro-aponévrotique, et l'on peut se demander s'il ne s'agit pas d'un abcès intra-pariétal, ouvert sous la peau : autre variété d'*abcès en bouton de chemise*.

Il faut se demander autre chose, dans certains cas, et se souvenir des collections intra-abdominales, abcès du foie, kystes hydatiques suppurés, abcès de la fosse iliaque, qui peuvent adhérer à la paroi, et se faire jour sous la peau ; mais le volume de la tumeur profonde devient alors un élément de diagnostic, en dehors, toutefois, des vésicules aberrantes, dont nous reparlerons tout à l'heure (voy. *Tumeurs*).

Ce sont les abcès **intra-pariétaux**, ceux de la gaine du droit ou du plan musculo-aponévrotique latéral, et surtout les abcès **sous-péritonéaux**, du type décrit par Heurtaux, que nous voulons surtout rappeler.

Certains de ces abcès, à l'ombilic et dans la région sous-ombilicale, pointent fortement, et dessinent un relief, qui peut simuler une hernie, à première vue (fig. 174).

D'autres, moins proéminents et beaucoup plus étendus, figurent une large voussure sous et péri-ombilicale (fig. 175). Vous verrez enfin d'énormes abcès de la paroi, occupant toute la région ombilico-pubienne, et s'accusant par un relief en masse, qui ressemble, de prime abord, à une grosse ascite ou à une grosse tumeur abdominale¹.

Ils peuvent s'ouvrir au bord déclive de l'ombilic; bien entendu, on ne devra pas attendre cette évacuation spontanée, qui se traduit finalement par une fistule sous-ombilicale de très long trajet, au centre d'un bloc inflammatoire chronique.



FIG. 175. — Gros abcès sous et péri-ombilical.

Et ce serait le moment de rappeler ces **fistules de l'ombilic** : fistules qui procèdent d'abcès péri-ombilicaux, développés autour d'un corps étranger, ou qui sont dues à l'ouverture spontanée des gros abcès sous-ombilicaux, dont nous venons de parler; — fistules consécutives, à l'évacuation pariétale de certaines péritonites à pneumocoques (voy. plus loin : *L'aire centrale de l'abdomen*); — enfin, plus rares, *fistules de l'ouraque*, ombilico-vésicales, aisément reconnaissables à l'écoulement urineux, dont elles sont le siège.

À côté de ces collections limitées, plus ou moins saillantes, fluctuantes, signalons le **phlegmon large de la paroi abdominale**, le phlegmon ligneux, en plaque dure, épaisse, violacée, adhérente, simulant parfois le cancer. Plus ou moins lentement, il se ramollit par places, en petits abcès, et l'apparition de ces bosselures fluctuantes éclaire le diagnostic.

TUMEURS

Je ne ferai que citer les *tumeurs superficielles*, kystes sébacés, lipomes, angiomes, gommès, épithéliomas cutanés.

1. Restent les abcès de la cavité de Retzius, que nous retrouverons à la région hypogastrique.

L'ombilic doit être l'objet d'un examen tout particulier : on y voit des kystes sébacés, des kystes dermoïdes, des nævi, des papillomes ; on y voit parfois, chez l'adulte, de *petites masses bourgeonnantes*, suintantes, multilobées, qui saignent au moindre frottement, et qui procèdent d'une ulcération du pli péri-ombilical, infecté ; ces petites masses bourgeonnantes ressemblent à l'*excroissance fongueuse* de l'ombilic, qui s'observe chez les nouveau-nés ; elles font penser aussi à l'épithélioma : leur consistance molle et friable, leur pédiculisation plus ou moins nette, la surface inflammatoire, d'où elles émergent, permettront de les distinguer de l'épithélioma.

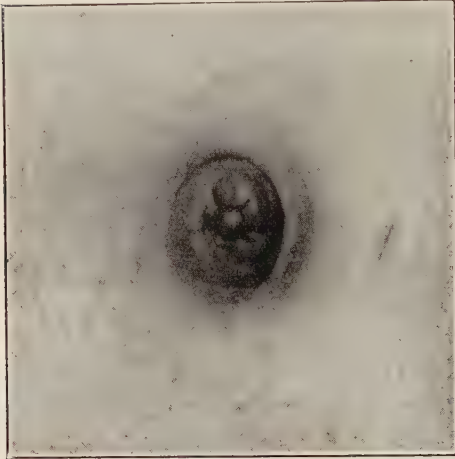


FIG. 176. — Cancer secondaire de l'ombilic.

L'épithélioma est dur ; il revêt la forme d'une plaque cutanée plus ou moins large, assez vite ulcérée et saignante, ou celle d'une infiltration en masse, quelquefois volumineuse et saillante (rechercher les ganglions inguinaux).

Mais je voudrais insister sur certains **cancers secondaires de l'ombilic**, qui deviennent la révélation première d'un cancer profond, jusqu'alors silencieux et mé-

connu. Quand vous verrez un ombilic rétracté, plissé, induré, comme celui de la figure 176, songez au *cancer intra-abdominal*, estomac, intestin, côlon, et portez un pronostic fort grave, même si le néoplasme originel, que vous supposez, ne se traduit par aucun accident fonctionnel, et « reste douteux » et imprécis, aux diverses explorations instituées.

J'en pourrais rapporter des exemples frappants, celui-ci, entre autres, l'un des premiers : mon maître, Théophile Anger, me fit voir, un jour, un de ses amis, d'une soixantaine d'années, un homme politique fort connu de l'époque, qui maigrissait un peu et souffrait « vaguement » du ventre depuis quelques mois ; on ne trouvait absolument rien à l'examen, aux divers examens ; je ne sais pourquoi, mon attention fut tout de suite attirée, en regardant ce ventre, par un ombilic rétracté, comme un mamelon de sein cancéreux, irrégulier de surface, et un peu dur ; j'exposai mes alarmes à Théophile Anger ; il resta un peu sceptique ; pourtant, dans l'année qui suivit, le malade succombait, amaigri, cachectique, sans aucun accident localisé, sans aucune manifestation régionale de l'abdomen, qui eût nécessité ou légitimé une intervention.

C'est dans ces conditions que l'ombilic *rétracté et dur* devient un précieux élément de diagnostic. Il y a d'autres cancers secondaires de l'ombilic, qui font corps, dans la profondeur, avec la tumeur initiale, ou qui lui sont reliés par un prolongement accessible au palper : l'interprétation est toute simple ; — ici, on ne trouve pas de cancer abdominal repérable, et c'est l'ombilic qui fait la preuve, malgré les déficiences de l'exploration.

J'en viens aux **tumeurs intra-pariétales**, proprement dites, nées et incluses dans la paroi musculo-aponévrotique.

La tumeur est-elle bien dans la paroi? C'est la question essentielle à résoudre. Vous y réussirez par les trois explorations suivantes (Il s'agit, ici, d'un fibrome pariétal, chez une femme) :

Attitude demi-assise (soutenue, voyez les deux mains s'arc-boutant au bord du lit, fig. 177), cuisses fléchies ; paroi relâchée ; engainez la tumeur de vos deux mains, transversalement, et que vos doigts s'infléchissent sur l'un et l'autre bord, les épousant étroitement, et cherchant à passer dessous : vous réussirez à la déplacer, à la soulever avec la paroi.



FIG. 177. — Exploration d'une tumeur de la paroi abdominale. — Attitude demi-assise. Tumeur encadrée, à son pôle supérieur, par une main, qui cherche à la mobiliser d'arrière en avant.

Dans la même attitude, encadrez largement de votre main droite, infléchie, le pôle supérieur de la tumeur ; cherchez à glisser jusqu'en arrière d'elle, et à la ramener d'arrière en avant (fig. 177).

Enfin, saisissant la tumeur à pleine main, faites asseoir votre malade (fig. 178) : la paroi musculaire se contracte, les droits surtout, la tumeur se fixe et s'immobilise.

C'est au **fibrome pariétal** qu'il faut toujours penser, de prime abord, surtout chez la femme, non qu'il soit fréquent, du reste, mais les tumeurs de la paroi sont, toutes, relativement rares. On le rencontre partout, sous tous les volumes, mais la fosse iliaque en est le

siège d'élection : s'il est gros et saillant, en cherchant à le mobiliser en travers, vous sentirez souvent, et même vous verrez se tendre des tractus obliques, qui se prolongent jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure : ce n'est pas un pédicule; il n'y en a pas; ce sont des faisceaux musculo-aponévrotiques tendus.

Si le fibrome est rare, chez l'homme, on en voit pourtant : j'ai enlevé un de ces fibromes, qui était gros comme un citron, à la région épigastrique, mais il s'agissait d'un fibrome aponévrotique de la ligne blanche.



FIG. 178. — Exploration d'une tumeur de la paroi abdominale. — Saisie à pleine main, la tumeur s'immobilise, quand le malade s'assied, et contracte ses muscles pariétaux (les droits, en particulier).

Vous verrez encore des *sarcomes de la paroi* : sarcomes bien limités, proéminents, et qui ne révèlent leur identité qu'après ablation et à l'examen histologique; sarcomes ou myxo-sarcomes, en nappe, étalés dans la paroi : j'ai enlevé un myxo-sarcome de ce genre, sous-aponévrotique, non adhérent au péritoine antérieur, lobulé, qui dessinait une énorme saillie au-devant de l'abdomen. — Il faut penser encore aux volumineux lipomes pré-péritonéaux.

Les tumeurs de ce premier groupe sont, en général, assez fermes, compactes, dures parfois.

D'autres donnent, au palper, la sensation de **poches**

fluctuantes, pseudo-fluctuantes, plus ou moins tendues.

Je note seulement le *kyste hydatique*, le kyste hydatique primitif, car les récidives, intra-pariétales, des kystes hydatiques opérés du foie sont bien connues. — J'en ai observé deux cas : l'un d'eux était représenté par une tumeur arrondie, grosse comme un marron, absolument dure, et que nous avons prise pour un fibrome.

Mais ce qui se voit encore, et ce qu'il ne faut pas oublier, ce sont les *foyers tuberculeux intra-pariétaux*, crus et fermes, ramollis et abcédés, et qu'il faut tenir presque toujours pour des tuberculoses musculaires.

Et puis, il y a encore une « tumeur » pariétale, à laquelle je pense toujours, parce que j'en ai vu de nombreux exemples : *l'hématome ancien*, très ancien parfois, remontant à une contusion abdominale (et à une rupture musculaire interstitielle), qui date de mois, d'années même, qui est oubliée. Sous telle ou telle influence, l'hématome enkysté, indolent, en partie fibrineux, grossit, pointe, suppure même parfois. On incise, et l'on trouve du pus hémétique, ou simplement de vieux caillots.

HYPOCHONDRE DROIT

Cherchez la 5^e côte : elle répond à la coupole diaphragmatique, limite supérieure de l'hypochondre ; — cherchez les 10^e cartilages

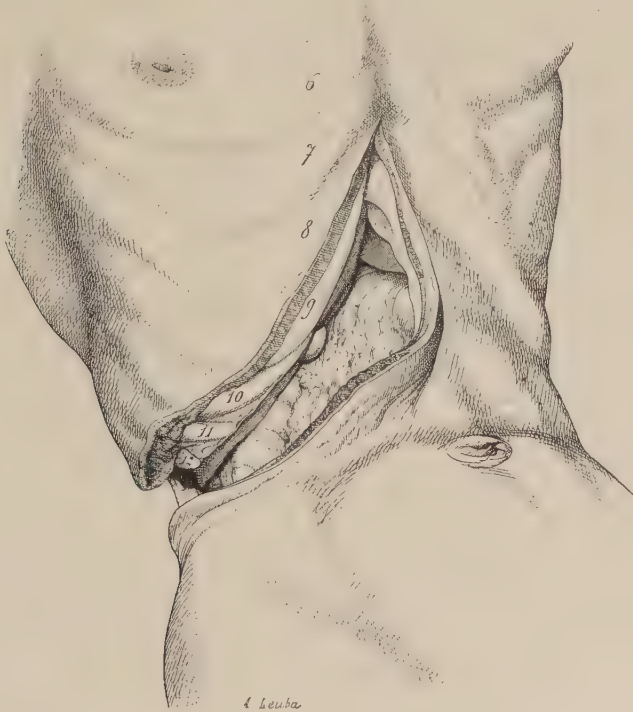


FIG. 179. — Le bord déclive de l'hypochondre droit, en avant.

costaux, saillants, mobiles ; supposez un plan horizontal passant par ces cartilages : c'est la **limite inférieure** de l'hypochondre ;

Suivez le rebord costal, du 10^e cartilage à l'appendice xiphoïde : l'hypochondre finit là, **en avant** ;

En arrière, il finit sur le côté droit du rachis, de la 8^e à la 12^e côte.

Que contient-il, l'hypochondre droit? *Le foie; l'angle colique droit; les deux tiers supérieurs du rein droit; la capsule surrénale droite.*

Regardez, pour vous orienter, les figures 179 et 180 : ce ne sont point des dessins de cadavres ; ce sont des figures minutieusement construites sur les données « vivantes ».

Incision au bord déclive de l'hypochondre : que découvre-t-elle ?

En avant (fig. 179) le foie, qui déborde peu, sauf tout en haut, à



FIG. 180. — Le bord déclive de l'hypochondre droit, en arrière.

l'épigastre; la vésicule biliaire (10^e cartilage costal); le côlon transverse, et le grand épiploon, le côlon ascendant : — on ne voit pas, mais l'on devine l'angle colique droit, caché ou « fixé » sous l'arcade.

En arrière (fig. 180), le bord inférieur du foie, qui se prolonge jusqu'à la 12^e côte, et, de là, remonte en arrière; le relief du rein, coiffé du péritoine pariétal postérieur : la capsule surrénale est plus haut située, au fond de l'hypochondre. — L'incision se termine, tout en arrière, dans les muscles para-vertébraux.

Le foie est l'organe principal de l'hypochondre droit. Regardez les figures 181 et 182 : ce sont les *aires de projection pariétale* du foie ; ce ne sont pas les *aires de matité*.

Il y a du foie, en avant, sous l'extrémité inférieure du sternum, sous l'appendice xiphoïde, au tiers supérieur de l'épigastre ; — **il y a**

du foie, sur la ligne mamelonnaire, de la 5^e côte au rebord costal; sur la ligne axillaire moyenne, de la 6^e à la 12^e côte; sur les côtés du rachis, de la 8^e à la 11^e vertèbre dorsale.

Mais, à l'exploration (palper sous-costal et épigastrique; percussion), le foie se dérobe, à ses contours, parce qu'il est trop mince, avoisiné ou recouvert par le côlon (région épigastrique), engainé par la base pulmonaire (convexité). Glénard disait que, par la percussion, la limite supérieure du foie se marque, d'ordinaire, de 3 à 5 cm. trop bas, et la limite inférieure, de 1 à 5 cm. trop haut. — En pratique, si l'on

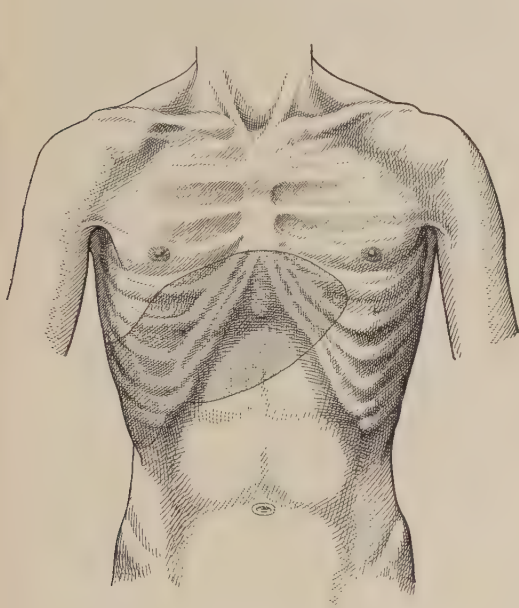


FIG. 181. — L'aire de projection pariétale du foie, en avant.

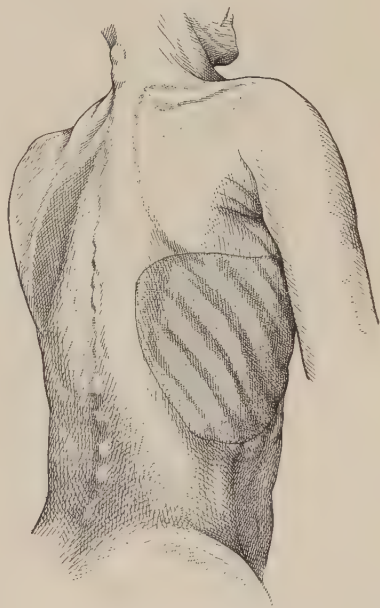


FIG. 182. — L'aire de projection pariétale du foie, en arrière.

constate une *matité franche débordant* — plus ou moins — *l'arcade costale*, il faut conclure au « gros foie » ou au foie ptosé; si l'on constate une pareille matité *au-dessus de la 5^e côte, en avant, au-dessus de l'angle de l'omoplate, en arrière*, il faut conclure au « gros foie », hypertrophie massive ou « tumeurs » de la face convexe.

Je n'ai pas à insister sur les résultats de la radioscopie, complètement indispensable de tout examen de l'hypochondre, et qui devient si souvent révélatrice, alors que l'inspection, le palper, la percussion n'avaient fourni que des probabilités et des à peu près. Je ne parle ici que de l'exploration première, accessible à tous et partout, et qui, bien faite, est singulièrement précieuse, et « directrice ».

Il faut, avant tout, savoir **CHERCHER ET RECONNAITRE LE BORD INFÉRIEUR DU FOIE**, en apprécier le niveau, la forme, la consistance, « passer dessous », autant qu'on le peut.

Voici une série de *manceuvres d'exploration*, qui vaudraient d'être bien connues, et que les apprentis médecins devraient répéter, à titre d'exercice, sur le « modèle vivant et sain », pour y recourir plus tard, instinctivement, si je puis ainsi dire, sur le malade.

Elles s'exécutent dans le décubitus dorsal, bien à plat, les cuisses



FIG. 183. — *Palper du bord déclive du foie.* — Procédé de Gilbert.

semi-fléchies et soutenues par un oreiller roulé, et les pieds bien « calés » sur un coussin.

Palper antérieur. — Fig. 183. La paume droite regarde le pli de l'aîne, la paume gauche, le thorax; les doigts, en contact par leurs extrémités, dépriment la paroi, à petits coups; faites glisser vos deux mains, de la fosse iliaque, du flanc, vers l'arcade costale, en déprimant de la sorte : en quelque point, vos doigts heurteront le bord du foie, et vous le suivrez en dedans et en dehors (Gilbert).

Fig. 184. *Accrochez le bord déclive du foie; placez-vous du côté de la tête, appliquez sur la fosse iliaque, sur le flanc, les doigts infléchis de vos deux mains, et remontez, en déprimant lentement, progressivement, la paroi. Ce procédé, recommandé par Mathieu, est excellent : avec un peu d'art et de ténacité, il permet, non seulement de saisir le bord hépatique, mais de pénétrer sous le foie, et, en particulier, d'explorer la vésicule biliaire.*

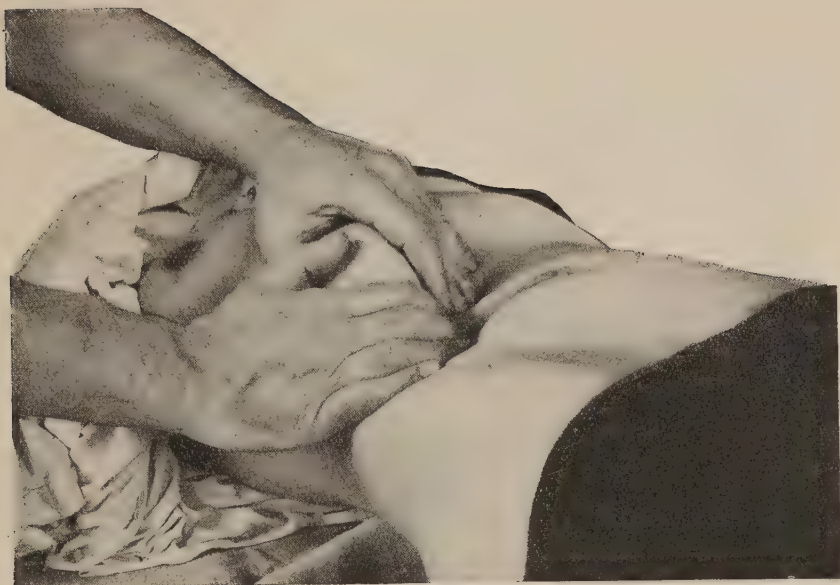


FIG. 184. — Palper du bord déclive du foie. — Accrochement. — Procédé de Mathieu.



FIG 185. — Palper du bord déclive du foie et de la vésicule, par le procédé des deux mains recourbées.

Fig. 185. On peut encore accrocher le bord hépatique, repérer la vésicule, et « aller loin » sous le foie, avec les deux mains recourbées,



FIG. 186. — Palper du bord déclive du foie. — Procédé de Chauffard.

qui encadrent l'arcade costale de bas en haut. La manœuvre gagne parfois à être exercée dans l'attitude assise, le tronc incliné en avant.



FIG. 187. — Palper du bord déclive du foie. — Procédé du pouce, de Glénard.

Elle n'est très démonstrative, que si la région sous-hépatique n'est pas encombrée par des adhérences.

Double palper avec appui lombaire. — Fig. 186. La main gauche est glissée sous les dernières côtes et la région lombaire : c'est *la main*

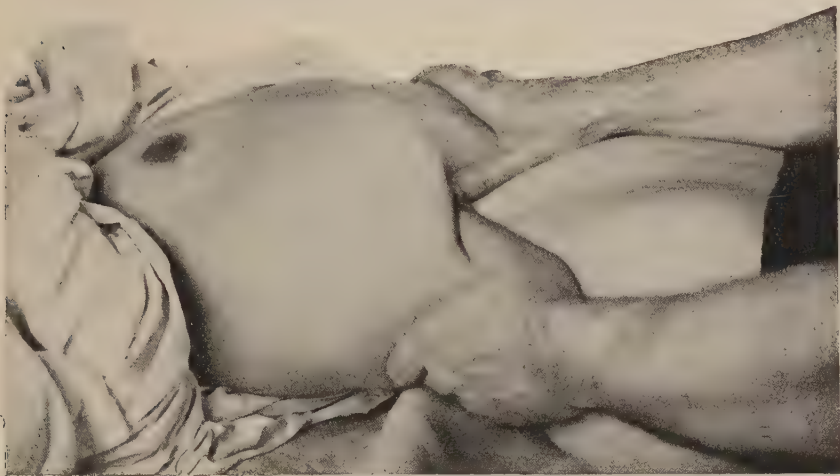


FIG. 188. — Palper du bord déclive du foie et de la vésicule, par le procédé des deux pouces.

d'appui; la main droite, appliquée « à plat » sur la paroi abdominale, la déprime et l'explore de bas en haut, en infléchissant le bout des doigts (Chauffard).

Fig. 187. Ici c'est le pouce gauche, placé en vedette sous le rebord



FIG. 189. — Palper du foie et de la région sous-hépatique par amplexation.

costal, qui signale le bord du foie, lors des grandes inspirations, pendant que les doigts gauches encadrent la région lombaire, et que la main droite déprime la paroi antérieure (Glénard).

Fig. 188. Procédé des deux pouces : les doigts gauches encadrent toujours la région lombaire ; on réussit souvent, ainsi, à plonger assez loin sous le foie, et à bien repérer la vésicule ou les tumeurs implantées sous le bord antérieur.

Fig. 189. L'amplexation du flanc, lorsque la paroi cède bien et



FIG. 190. — Palper du bord déclive du foie et de la vésicule, sur le malade debout.

qu'on sait, par une pression douce, lente, progressive, continue, la faire céder, fournit encore quelquefois des données utiles.

Nous signalions plus haut le palper hépatique en position assise : les indications en sont rares, et nous en dirons autant du *palper debout*. Pourtant, il peut rendre des services dans les hépatoptoses, et certaines grosses vésicules, certaines tumeurs du bord hépatique déclive, qui s'abaissent et deviennent visibles ou palpables dans cette attitude (fig. 190). M. Plantin (d'Annonay) a constaté que le point cystique se retrouve assez souvent, sur le malade debout, alors qu'il manquait sur le malade couché.

Bien entendu, une fois repéré le bord déclive du foie, il faut le

suivre dans toute sa continuité, explorer la face convexe qui déborde, explorer « tout ce que l'on peut » de la face concave. Nous allons y revenir, à propos des diverses éventualités cliniques.

CE QUE L'ON TROUVE AU PALPER

I. Un bord déclive du foie, qui **déborde plus ou moins bas** l'arcade costale, et qui, parfois, croise la ligne médiane au niveau ou au-dessous de l'ombilic; ce bord est **net**, aisément repérable, **sans induration**, **sans bosselure**; la face convexe, accessible au-dessus de lui, est également régulière et de consistance uniforme.

Songez toujours à la **ptose**.

Dans l'*hépatoptose primitive, directe*, qui se réduit sous la main et dans la position inclinée, le foie, dont tout l'appareil ligamentaire est déficient, s'abaisse « en bloc » et, à la matité sous-costale, se combine une sonorité anormale de l'hypochondre; — dans l'*hépatoptose primitive, à bascule*, la déficience ligamentaire est localisée, et le foie s'incline en avant, en arrière, en dehors, prenant parfois la figure de « tumeurs », et nous en citerons des exemples; la réduction est souvent moins facile, parce que le refoulement, pour être efficace et redresseur, doit porter sur la zone prolabée, et que cette zone est malaisément accessible en arrière et latéralement, et que, d'autre part, il faut tenir compte des ptoses enclavées, par adhérences. C'est la radioscopie, qui est seule en état de fournir des données précises.

Il y a une *hépatoptose secondaire*, et plus fréquente : c'est « le foie abaissé » par une de ces tumeurs de la coupole (abcès sous-phréniques; kystes hydatiques, etc.), dont nous reparlerons; et, cette fois, toute réduction est impossible, et la *matité, continue, remonte très haut*.

Quant aux **gros foies, non ptosés**, qui gardent, sur leur convexité prolabée et sur leur bord déclive, ce caractère de la régularité de surface et de consistance, je ne saurais y insister, et tout en rappelant le *foie cardiaque*, la *maladie de Banti* (grosse rate), certaines *cirrhoses hypertrophiques*, je n'ai pas besoin de dire que la question devient exclusivement, alors, d'ordre et de compétence médicale.

Mais il est utile que le chirurgien sache distinguer la ptose de « l'hypertrophie », qu'il sache examiner le foie, qu'il prenne l'habitude de s'enquérir lui-même du foie, chez ses malades et ses opérés, et qu'il soit à même de poser un diagnostic préliminaire, si je puis ainsi dire, qui, dans la majorité des cas, nécessitera, pour être confirmé ou infirmé, le concours du médecin.

II. Il arrive que l'exploration soit d'emblée révélatrice : le **bord déclive** est **épais, noueux, dur** : sur la zone accessible de la face con-

vexe, vous découvrez une série d'autres bosselures, de volume variable, pareillement indurées; en déprimant telle ou telle de ces nodosités, vous aurez parfois la sensation d'un glaçon qui plonge dans l'eau (Létienne) : il y a de l'ascite.

Cancer du foie, cancer secondaire, le plus souvent, latent, sans indice clinique révélateur, mais qu'il faut savoir rechercher toujours, dans les néoplasmes du sein, de l'abdomen, etc. Et, de plus, il faut se souvenir que la métastase hépatique ne s'observe pas exclusivement dans les formes locales avancées, extensives (voy. plus haut : *Sein*).

Cet examen du foie s'impose au clinicien, en dehors de toute locali-



FIG. 191. — Foie syphilitique « ficelé ».

sation néoplasique régionale, chez les sujets d'un certain âge, qui « maigrissent », qui « vont moins bien », qui « digèrent mal ». Il réserve parfois des surprises, et, en pratique, le chirurgien doit s'accoutumer à y recourir, comme le médecin.

A côté de ces foies néoplasiques, il y a un autre type de *déformation hépatique*, dont les caractères sont frappants au palper : c'est le foie « ficelé », le foie incisuré, dur, multilobé, à son bord déclive (fig. 191). Cirrhose, *cirrhose syphilitique*, le plus souvent. Là encore, c'est au médecin qu'il faut recourir, mais il ne convient pas moins que, sur les découvertes du palper, l'attention chirurgicale soit éveillée.

III. Voici autre chose. — **Gros foie**, descendant et saillant, en voussure, chez un sujet d'âge moyen (quarante-cinq à cinquante-cinq ans), non cachectique; début lointain, indéterminé; accroissement progressif (il le semble, du moins) dans les derniers temps; gêne, tension, essoufflement, désordres gastriques, sans caractère; quelques douleurs, le long de l'arcade costale droite, à l'épigastre, sur les côtés des dernières vertèbres dorsales, à l'épaule, au phrénique; quelques traces

d'ictère, passagères ; quelques ascensions thermiques, basses et brèves.

Que récéle ce gros foie, **de surface régulière, sans nodosités, sans induration du bord déclive**, uniformément gros, mais qui, d'ordinaire, proémine pourtant de quelque côté?

Je voudrais seulement rappeler quelques hypothèses, qui, en dehors des hépatomégalias purement médicales, doivent toujours être soulevées :

Abcès intra-hépatiques (voy. fig. 236, D, p. 219), même sans réactions fébriles notables, *abcès amibien, abcès éberthien*, tardif ; *abcès métastatique bénin*, si l'on peut ainsi dire, consécutif à telle ou telle infection locale, et qui ne se manifeste qu'à une date plus ou moins lointaine ;

Kyste hydatique, inclus dans le parenchyme, et en voie de supuration ;

Syphilis, certaines formes de syphilis hépatique, gommeuse, qui, tout au contraire des rétractions et des indurations, signalées plus haut, se traduisent par des « hypertrophies », des tumeurs parfois considérables ;

Tuberculose, plus rare, et succédant, d'ordinaire, à des foyers tuberculeux anciens, de l'abdomen, du thorax, des membres, nettement révélateurs ; stéatose et dégénérescence amyloïde ;

Enfin *cancer primitif du foie*, l'énorme cancer, kystique, ténagogiectasique, dont les apparences peuvent être singulièrement trompeuses : on ne le reconnaît parfois qu'à la laparotomie exploratrice, et de frappants exemples me reviennent en mémoire.

Dans la longue et minutieuse besogne de diagnostic différentiel, que commandent ces « gros foies », l'examen physique, et le palper, n'ont, bien entendu, qu'une certaine part ; mais ils n'en sont pas moins susceptibles de fournir de précieuses données préliminaires, en révélant une douleur locale, une intumescence locale, une consistance particulière.

IV. Ailleurs, vous trouvez une « **tumeur** », qui **émerge du foie, en avant, latéralement, en arrière**. Que le foie soit, ou non, gros et débordant, une « *bosse* » s'en détache, plus ou moins saillante, plus ou moins prolabée.

En avant, sous le bord hépatique antérieur, c'est à la *vésicule biliaire*, qu'il faut penser tout d'abord : grosse vésicule, ou vésicule « apparemment grossie » par le lobe hépatique descendant, qui la recouvre, par la gaine épiploïque adhérente, qui l'enveloppe : nous y reviendrons dans un instant.

Mais il faut encore se remémorer autre chose : le *kyste hydatique* du bord antérieur ou voisin de ce bord, et qui, par son siège, son volume, sa forme, peut figurer une vésicule (j'ai opéré un kyste hydatique de ce genre, calcifié, et qui ressemblait, trait pour trait,

à une vésicule bourrée de calculs); — le *cancer localisé* — le *syphilome*.

Latéralement, dans le flanc; **en arrière**, dans la région lombaire, vous rencontrerez également de pareilles « tumeurs », appendues au foie, descendantes, limitées et circonscrites, qui pourront simuler les tumeurs coliques, le rein ptosé, les tumeurs rénales. Il faudra se souvenir, tout d'abord, des *grosses vésicules, prolabées et lombaires*, qui saillent en arrière, comme des pyonéphroses, et qu'on a parfois ouvertes de ce côté. Certains *kystes hydatiques de la face déclive et du*



FIG. 192. — Kyste hydatique du bord postérieur du lobe hépatique droit.

bord postérieur du lobe droit (fig. 192) peuvent créer de semblables « aspects d'exploration »; et, de même, certains *syphilomes*, certains *cancers localisés*, certaines « hypertrophies » et certaines *ptoses lobaires circonscrites*.

J'ai vu encore, l'été dernier, un frappant exemple de cette dernière forme clinique. Il s'agissait d'une femme de cin-

quante-cinq ans, qui nous était adressée pour une tumeur du flanc droit, et le premier examen nous donna l'impression d'un néoplasme du côlon ascendant, près de l'angle. L'étude radioscopique conclut nettement à l'intégrité de l'intestin. Une autre recherche, pratiquée sous pneumo-péritoine, à la Clinique de M. le P^r Chauffard, conduisit à l'hypothèse d'une tumeur du rein; mais un examen urologique complet démontra que l'appareil urinaire était hors de cause.

Il ne restait que deux hypothèses : tumeur para-rénale (voy. plus loin : *Rein*); *hypertrophie localisée et ptose du bord postérieur du foie*. La dernière se vérifia, à la laparotomie exploratrice : c'était le bord postérieur du foie, épaissi, prolabé, jaunâtre, se présentant sous les traits de la cirrhose de Hanot, qui figurait la « tumeur » postérieure.

Bien entendu, les diverses explorations (radioscopie, avec pneumo-péritoine, examen urologique), qui viennent d'être rappelées, sont de toute nécessité dans les cas de ce genre; mais la palpation, bien instituée, répétée, n'en garde pas moins un intérêt tout particulier.

VÉSICULE ET VOIES BILIAIRES

Nous le disions plus haut : c'est à la vésicule qu'il y a lieu de penser tout d'abord, lorsqu'on voit ou que l'on sent « quelque chose » sous le bord antérieur du foie.

A. Il y a des **vésicules qui se dessinent et font relief à la paroi**, obliques de l'arcade costale (10^e cartilage), à l'ombilic (fig. 193); mobiles, dans cet axe, au cours des mouvements respiratoires; de

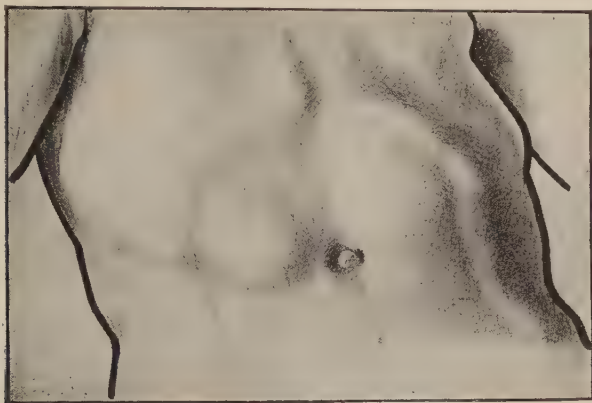


FIG. 193. — Relief d'une grosse vésicule, oblique en bas et à gauche, vers l'ombilic.

contours nets, et qu'on peut délimiter, engainer, soulever avec la main, si la douleur ne s'y oppose pas.

Tel est le type des *cholécystites aiguës ou subaiguës*, d'origine « médicale » (post-typhiques, etc.); des *rétenctions biliaires de la vésicule*, dans l'ictère chronique néoplasique; — des vésicules *calculieuses*.

Vésicules calculieuses : le terme s'applique à des formes anatomo-pathologiques multiples, qu'il convient d'avoir présentes à l'esprit, et qui s'expriment souvent, aussi, par des réactions et une évolution clinique particulières :

Fig. 194 : *Un ou plusieurs calculs*, de volume variable, entourés, ou non, de « poussière », dans une vésicule à *cystique libre*. C'est la forme courante, la forme à poussées et à latences de durée indéfinie.

Fig. 195 : *Cystique libre*, cette fois encore; *calcul unique, gros*; cholécystite chronique avancée.

Fig. 196 : Autre forme, plus rare, de cholécystite chronique, avec *cystique libre*, et *calcul unique* : *cholécystite hémorragique*.

Fig. 197 : Vésicule *bourrée de calculs* : un gros calcul enclavé au col et à l'origine du cystique.

Fig. 198 : Vésicule remplie par un énorme calcul unique, dont l'extrémité déclive est enclavée dans le col et obture l'entrée du cystique.

Fig. 199 : Tout petits calculs, graviers et poussière, remplissant toute la vésicule et le cystique.

Fig. 200 : *Hydrops vesicularis* : vésicule plus ou moins distendue



FIG. 194. — Vésicule calculeuse. Calculs endo - vésiculaires; cystique libre.

FIG. 195. — Vésicule calculeuse. Gros calcul unique; cystique libre.

FIG. 196. — Vésicule calculeuse. Cystique libre; gros calcul unique, cholécystite hémorragique.

par un contenu incolore, « hydropique »; toute évacuation est depuis longtemps supprimée par un calcul enclavé dans le col et à l'origine du cystique (fig. 200); par un ou plusieurs calculs, enclavés et oblitérants, du cystique (fig. 201); on peut trouver — assez rarement — un ou deux calculs perdus dans le liquide « hydropique » de la vésicule (fig. 202).

Ce sont là, si je puis ainsi dire, les *vésicules typiques*, aisément reconnaissables à leur siège, leur forme, leur direction; on ne saurait, bien entendu, distinguer et prévoir, au palper, les diverses variétés de « calculose, qui viennent d'être figurées; pourtant les grosses « hydropisies vésiculaires », par leur complète indépendance, leurs contours des plus nets, leur consistance de poche

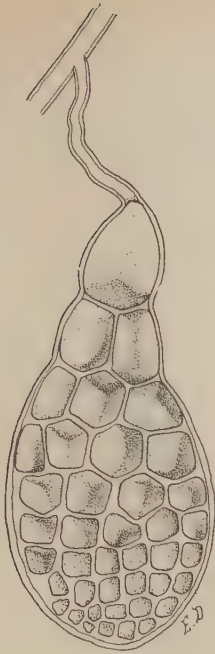


FIG. 197. — Vésicule calculeuse. — Vésicule bourrée de calculs; — calcul enclavé au col et dans le cystique.

FIG. 198. — Vésicule calculeuse. — Enorme calcul unique, dont l'extrémité « cystique » est enclavée dans le col.

FIG. 199. — Vésicule calculeuse. — Tout petits calculs, remplissant la vésicule et le cystique.

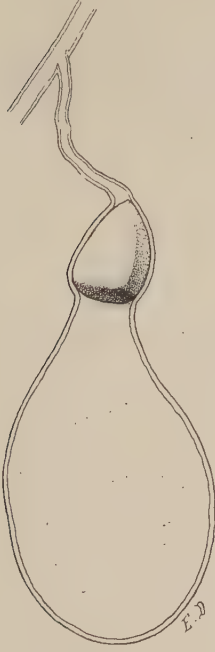


FIG. 200. — Hydropisie vésiculaire. Calcul unique, enclavé dans le col et l'origine du cystique.

FIG. 201. — Hydropisie vésiculaire. Plusieurs calculs enclavés dans le cystique.

FIG. 202. — Hydropisie vésiculaire. Calcul enclavé dans le cystique; un calcul libre, dans la vésicule.

tendue, leur indolence, se prêtent assez souvent au diagnostic; il en est de même des vésicules « bourrées de calculs », d'une dureté particulière et inégale, et qui, parfois même, donnent sous la main de gros frottements de corps étrangers.

B. Il y a, d'autre part, des **vésicules qu'il faut rechercher**, qui se cachent, et qu'on ne découvre, à grand'peine, souvent, qu'en « fouillant » l'hypochondre. Pourquoi? Parce qu'elles sont petites, rétractées, scléreuses, engainées d'adhérences; — parce qu'elles sont coiffées et

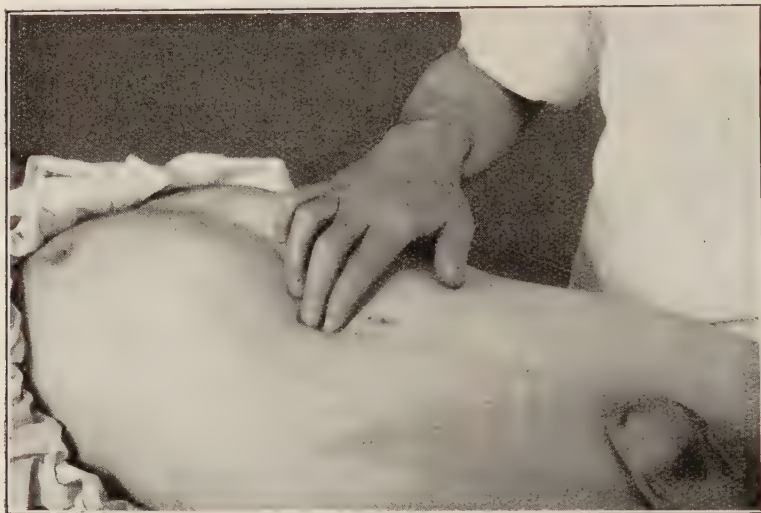


FIG. 203. — Exploration de la zone pancréatico-cholédocienne.

masquées par un lobe hépatique anormalement développé ou ptosé; — parce que la paroi est trop épaisse, ou qu'elle se met trop vite « en défense » à la moindre pression.

C'est ici qu'il convient de recourir aux diverses manœuvres d'« accrochage » du bord hépatique, plus haut figurées (voy. fig. 184, 185, 187, 188); on « accroche » le foie, et l'on passe dessous; mais ce n'est pas au palper « étroit », insistant, qu'il faudra demander des données utiles: il réveille beaucoup plus la contraction, que le palper large, avec la main, les deux mains, les deux pouces, déprimant à peine la paroi, au début, mais ne cédant pas, et, à chaque expiration, gagnant un peu de terrain, pour pénétrer.

Dans ces conditions, également, les **points douloureux**, s'ils sont précis, constants, apportent une contribution démonstrative, qui n'est jamais à négliger: le *point cystique*, provoqué par la pression au niveau et un peu en dedans du 10^e cartilage costal (voy. fig. 253, p. 217): le *point épigastrique*, médian, à deux doigts au-dessous de

l'apophyse styloïde (voy. plus loin); et surtout le point *scapulo-apexien*, ou pour parler plus simplement, la douleur de l'épaule droite, douleur spontanée, à la pointe de l'omoplate, que réveille, mais pas toujours, la pression locale, à ce niveau. Elle manque rarement, dans les affections lithiasiques, cette « douleur à l'épaule »; c'est un bon élément de diagnostic préliminaire.

Et je voudrais signaler encore ici la *douleur des canaux extra-hépatiques*, du hile et de la tête du pancréas; pour la rechercher, on explorera la *zone pancréatico-cholédocienne*, indiquée par Chauff-

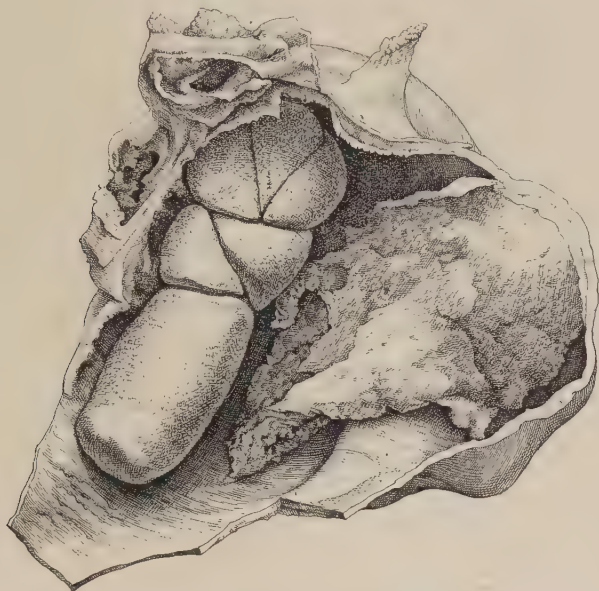


FIG. 204. — Cancer secondaire d'une vésicule calculeuse.

fard et Rivet : ligne transverse par l'ombilic; verticale médio-épigastrique; tracez ou supposez la bissectrice de l'angle, du côté droit : c'est entre cette bissectrice et la ligne médiane, que vous palpez (fig. 203), à 5 centimètres (1/2 index) au-dessus de l'ombilic. Une douleur nette, répétée, en ce point précis, aura toujours une réelle valeur documentaire; il arrivera qu'en provoquant la douleur localisée, vous sentiez aussi « quelque chose » dans la profondeur, « quelque chose » d'imprécis, de mal défini, mais qui n'en a pas moins un intérêt clinique.

C. Il y a, enfin, de **grosses vésicules, enveloppées d'une épaisse gaine épiploïque, ou suppurées, ou néoplasiques**, qui se présentent sous la forme de « tumeurs sous-hépatiques », volumineuses souvent, mal limitées, et d'interprétation particulièrement difficile.

S'agit-il d'une *tumeur froide, indolente* ou presque, sans réaction fébrile, qui date de loin, qui grossit lentement, méfiez-vous : vous avez peut-être affaire à une *vieille vésicule calculeuse*, coiffée d'épi-

ploon adhérent, épaissie et indurée par la cholécystite chronique; — mais d'autres fois, cette vésicule sera dégénérée, néoplasique (fig. 204).

D'autre part, vous pourrez rencontrer, dans la même région, et sous des apparences toutes semblables, une masse néoplasique procédant de l'estomac ou du duodénum, du pancréas, de l'angle colique droit. L'exploration physique est toujours à pratiquer méticuleusement, mais elle ne fournit le plus souvent, par elle-même, que des renseignements écourtés, à compléter par les autres modes d'examen (radioscopie, etc.).

La situation se présente sous un tout autre aspect, lorsque la



FIG. 205. — *Palper sous-hépatique.*

grosse tumeur sous-hépatique est douloureuse, qu'elle s'accompagne d'élévation thermique, qu'elle grossit, que la suppuration est vraisemblable ou certaine. Où siège-t-il, ce gros abcès? *Vésicule suppurée; abcès péri-cholécystique; kyste hydatique*, suppuré, de la face déclive du foie; *abcès du foie*, d'origine métastatique ou amibienne; *abcès remontant, appendicitaire; abcès sous-hépatique*, d'origine gastrique, duodénale, colique, pancréatique.

Il faut soulever toutes ces hypothèses, et chercher. Et l'exploration physique n'a évidemment qu'une part dans cette recherche, mais, si elle est bien et soigneusement pratiquée, cette part devient importante.

La masse se prolonge-t-elle jusqu'au foie? Fait-elle corps, en haut, largement, avec lui? Trouve-t-on, au contraire, un *sillon* de délimitation, qui la sépare de la face inférieure du foie? Peut-on repérer le bord hépatique déclive, et sentir un vide, un creux, au-dessous de lui? (fig. 203).

Le *palper sous-hépatique avec poing lombaire* (fig. 206) vous aidera parfois singulièrement à préciser cette limitation supérieure.

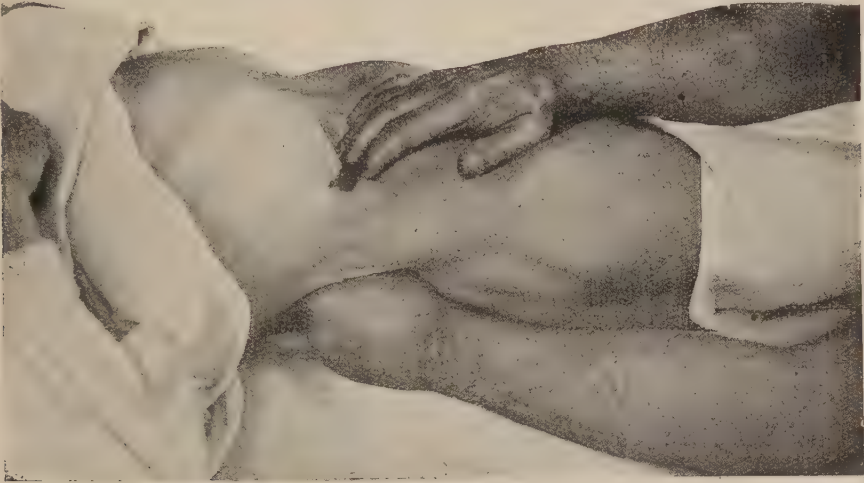


FIG. 206. — *Palper sous-hépatique, avec poing lombaire.*

Explorez la région lombaire; voyez si la fluctuation ne se transmet pas d'avant en arrière : il y a de gros *abcès appendiciteux, ascen-*



FIG. 207. — *Palper décline d'une grosse masse sous-hépatique.*

Il s'agissait, ici, d'une énorme vésicule calculieuse, doublée d'épiploon adhérent.

dants, qui se révèlent ainsi, mais il y a aussi, comme nous le disions plus haut (voy. p. 176) de *grosses vésicules suppurées* qui font relief en arrière.

Enfin cherchez avec insistance, à reconnaître le *bord déclive* de la masse : pour cela, le palper, pratiqué comme figure 207, et encore, du côté opposé, comme figure 208, donne souvent de bons résultats.



FIG. 208. — Palper déclive d'une grosse masse sous-hépatique — pratiqué du côté opposé.

Nous avons signalé déjà, à plusieurs reprises, le **kyste hydatique** suppuré ou non : il faut y penser en présence de toute « tumeur » hépatique, sous-hépatique, et, j'ajouterai, sus-hépatique.

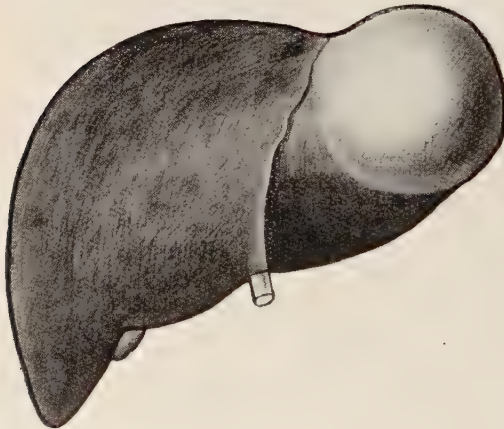


FIG. 209. — Kyste hydatique du lobe gauche du foie.

l'extrémité du lobe gauche (fig. 209), qui peuvent simuler, lorsqu'ils se développent sous l'arcade costale gauche (fig. 210), un kyste splénique.

Quant aux **gros kystes hydatiques de la face convexe**, ils sautent

Kystes du bord antérieur, gros comme un œuf, comme le poing, inclus dans le parenchyme et saillant peu au dehors, parfois tout voisins de la vésicule, dont ils empruntent la figure; — kystes de la *face inférieure* et du *bord postérieur* du lobe droit; des exemples en ont été donnés plus haut (voy. fig. 192); — kystes de

aux yeux, d'ordinaire. Voyez fig. 211, 212, 213 : le volumineux relief arrondi soulève la région sous-ombilicale, à droite, éverse les côtes, et se prolonge bas, jusqu'à la fosse iliaque; il se déplace verticalement, avec la respiration; il est mat, de bords franchement arrondis : c'est une poche fermée, distendue, « à plein ».

Explorez-la transversalement, et que la main droite, de champ, en contourne et délimite le bord gauche, plus ou moins distant de la ligne médiane, pendant que la main gauche fixe la masse du côté droit (fig. 211) : vous êtes bien placé, ainsi, pour apprécier la tension, la résistance du kyste, et, quelquefois, le flot transmis.

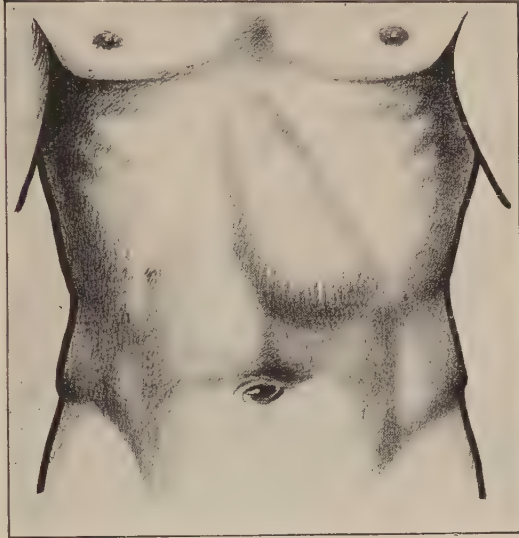


FIG. 210. — Relief d'un kyste hydatique du lobe gauche du foie, d'apparence splénique.

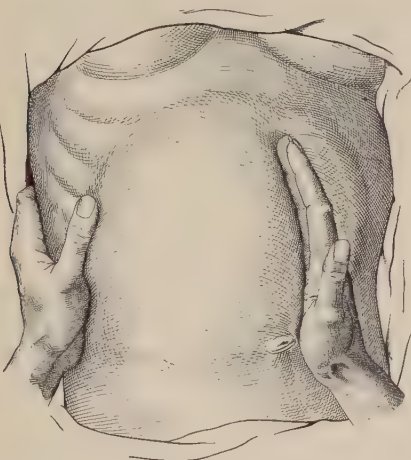


FIG. 211. — Gros kyste hydatique de la face convexe du foie. — Exploration transversale.

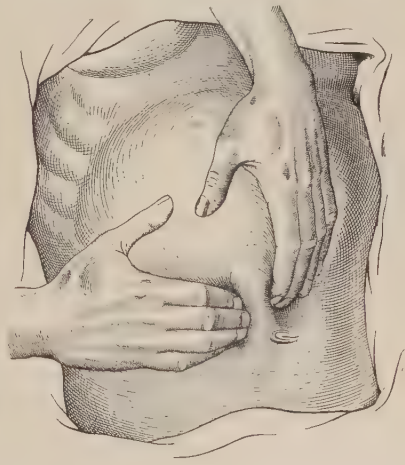


FIG. 212. — Gros kyste hydatique de la face convexe du foie. — Exploration du pôle inférieur.

Explorez-la au pôle inférieur (fig. 212), pour en bien repérer le bord déclive, la mobilité respiratoire, la surface lisse, sans bosselure ni induration.

Explorez-la de bas en haut, dans l'axe vertical (fig. 213), pour compléter les données précédentes.

Cherchez, par une percussion brusque, en chiquenaude, transversalement ou de haut en bas, à provoquer le frémissement hydatique; vous le constaterez bien rarement : c'est une curiosité « traditionnelle », rien de plus. Et, d'ailleurs, en présence d'une tumeur telle que nous venons de la figurer et de la décrire, il n'y a pas de doute : c'est un kyste hydatique.

Je tiens à rappeler, pourtant, que l'aspect et l'exploration ne sont

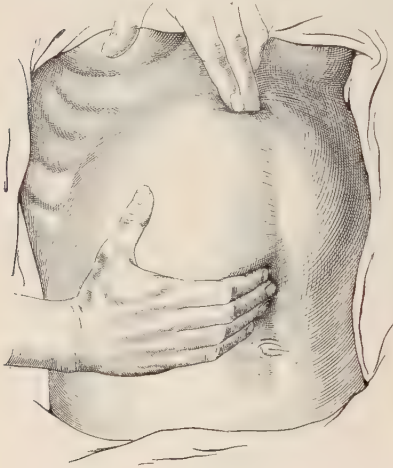


FIG. 213. — Gros kyste hydatique de la face convexe du foie. — Exploration de bas en haut.

pas toujours aussi démonstratifs; que certains gros kystes, anciens, longtemps méconnus, sont immobilisés par des adhérences et engainés d'épiploon; que d'autres kystes, nés de la face postéro-inférieure de l'un des lobes, deviennent parfois, eux aussi, très volumineux et saillants en avant, mais, qu'en se développant ainsi, ils refoulent et tiraillent le pédicule hépatique et se compliquent d'ictère, et d'une série d'accidents, susceptibles de faire douter de leur nature vraie.

La radioscopie est alors particulièrement précieuse, mais la constatation d'une grosse masse

kystique, prolongée et fixée en haut et en arrière, n'en est pas moins un élément utile de diagnostic préliminaire. Enfin, certains kystes de la face convexe, tout en faisant relief en avant, sous la paroi, sont développés surtout au-dessus de l'arcade costale, droite ou gauche, et proéminent au niveau des derniers espaces intercostaux.

Cette dernière variété nous conduit aux kystes, et aux **gros kystes, de la convexité sous-diaphragmatique, inclus dans l'hypochondre.** On pourrait croire que l'inspection et le palper ne soient que d'un médiocre secours en pareil cas; il n'en est rien : l'évasement de la base thoracique, l'immobilité et l'élargissement des espaces intercostaux, l'abaissement du foie, et, parfois même, une certaine voussure, qui se dessine sous l'arcade costale et à l'épigastre, dans les grandes inspirations, représentent autant d'éléments utiles d'exploration; la percussion, pratiquée méthodiquement, suivant les directions verticales plus haut figurées (voy. *Thorax*) sera, elle surtout, démonstrative. Bien entendu, c'est à l'examen radiologique de conclure.

Mais, pour ces gros kystes de la convexité, trois signes, d'exploration physique, décrits par M. le Prof. Chauffard, sont toujours à rechercher :

Le *flot transthoracique* (fig. 214) : Appliquez largement la main gauche, à plat, en travers, sous la partie moyenne de l'hémithorax droit; avec les doigts de la main droite, percutez à petits coups sur le devant du thorax; s'il y a une voussure sous-costale, percutez à ce



FIG. 214. — Gros kyste hydatique de la convexité. — Recherche du flot trans-thoracique. (Chauffard).

niveau. Une sensation de vibration, de flot sera transmise à la main gauche, et dénoncera la volumineuse poche liquide, incluse dans l'hypochondre.

Le *ballotement sus-hépatique* (fig. 215) : Appliquez la main gauche sur le devant du thorax, à la hauteur des 2^e et 3^e espaces intercostaux; accrochez, de la main droite, le bord déclive du foie, et cherchez, par une série de petites secousses, à le refouler de bas en haut; à chaque secousse, la main gauche perçoit un choc léger, qui traduit le ballotement vertical du foie.

Le *frémissement hydatique transthoracique*, qui, lui, n'a rien de constant; il est à rechercher, de préférence, dans la station debout : la main gauche étant placée transversalement, en arrière, au-dessous de la pointe de l'omoplate, percutez légèrement, en avant, du bout de

l'index droit, la 5^e et la 6^e côte : vous pourrez sentir, à la main gauche, « une série de petites vibrations ondulatoires très nettes », qui sont perçues, du reste, par le malade lui-même.

Les kystes hydatiques ne sont pas, du reste, les seules collections que l'on puisse rencontrer dans la zone sous-diaphragmatique; et, parmi ces « collections de la coupole », il convient de noter également certains *abcès de la convexité* du foie, des *abcès rétro et sus-hépatiques*,



FIG. 215. — Gros kyste hydatique de la convexité. — Recherche du ballotement sus-hépatique (Chauffard).

« remontants », d'origine appendicitaire; enfin les *abcès sous-phréniques*, sur lesquels nous allons revenir (voy. p. 218).

HYPOCHONDRE GAUCHE

Habituez-vous à le regarder, à le palper, à en repérer les limites et le contenu, sur le vivant, en activité fonctionnelle. N'accordez que peu de crédit aux chiffres et aux tracés, qui représenteraient, la « topographie », — topographie cadavérique, et « fausse ». Vous ne les retrouverez plus, d'ailleurs, ces chiffres et ces tracés, lorsque vous devrez, en clinique journalière, pratiquer une « exploration d'urgence » : si vous avez pris la peine d'étudier, et maintes fois, l'hypochondre vivant, vous aurez une méthode et déjà une expérience, et vous saurez vous orienter.

Suivez le bord inférieur du thorax, d'avant en arrière : angle costoxiphoïdien, arcade costale (avec le 10^e cartilage, mobile), pointe des

11^e et 12^e côtes, bord déclive de la 12^e côte; c'est la limite inférieure de l'hypochondre, limite fictive, du reste; en haut, l'hypochondre finit à la coupole diaphragmatique, un peu plus basse, à gauche, et qui répond approximativement au bord inférieur de la 5^e côte (de la côte habituellement sous-jacente au mamelon, chez l'homme).

Regardez les figures 216 et 217 : voici ce que l'on voit, par une incision pratiquée le long du bord inférieur du thorax :

Fig. 216 : D'avant en arrière, le *lobe gauche du foie*, en languette;

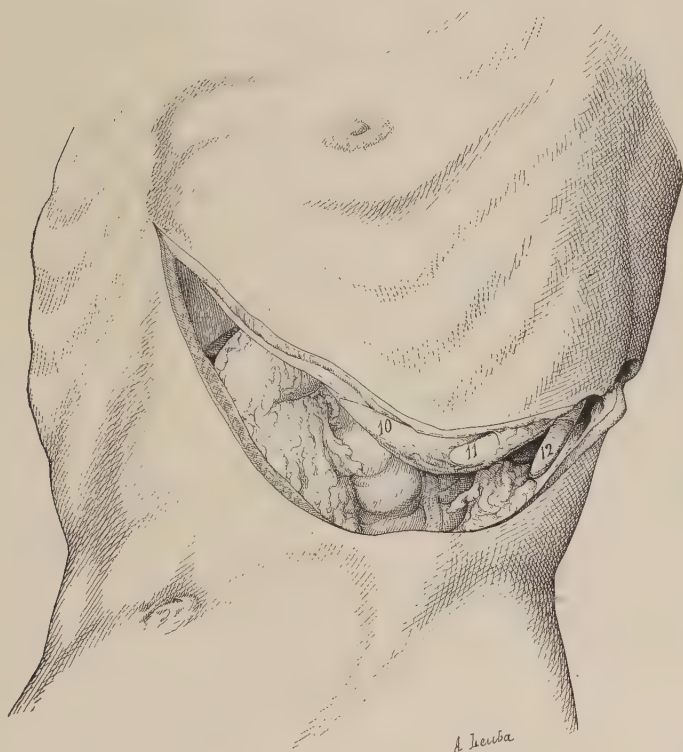


FIG. 216. — Limite déclive de l'hypochondre gauche — en avant.

le *grand épiploon*, et, au-dessus, la *face antérieure de l'estomac*; plus en dehors, le *côlon descendant* : l'angle colique gauche remonte sous l'arcade, jusqu'au niveau de la 8^e ou 7^e côte; le *pôle inférieur de la rate*, entre la 11^e et la 12^e côte;

Fig. 217 : L'incision est prolongée en arrière, sous le bord inférieur de la 12^e côte, jusqu'à la masse sacro-lombaire, qu'elle a entamée; on voit encore le *côlon descendant* et le *mésocôlon*; plus en arrière, une *voussure sous-péritonéale* : c'est le *rein*; enfin, sous la 12^e côte, le bord postérieur de la rate apparaît dans l'inspiration.

Lobe gauche du foie, estomac (grand cul-de-sac); angle colique gauche; rate, rein, capsule surrénale encore : voilà donc tout ce que recèle l'hypochondre gauche, et à quoi il faut penser, en présence d'un traumatisme, d'une affection inflammatoire, d'une tumeur de cet hypochondre.

Percutez-le de bas en haut : au-dessus du rebord costal, sur la ligne axillaire moyenne, vous trouverez une sonorité franche, qui remonte jusqu'à la 5^e côte (au-dessous du mamelon) : elle est semi-

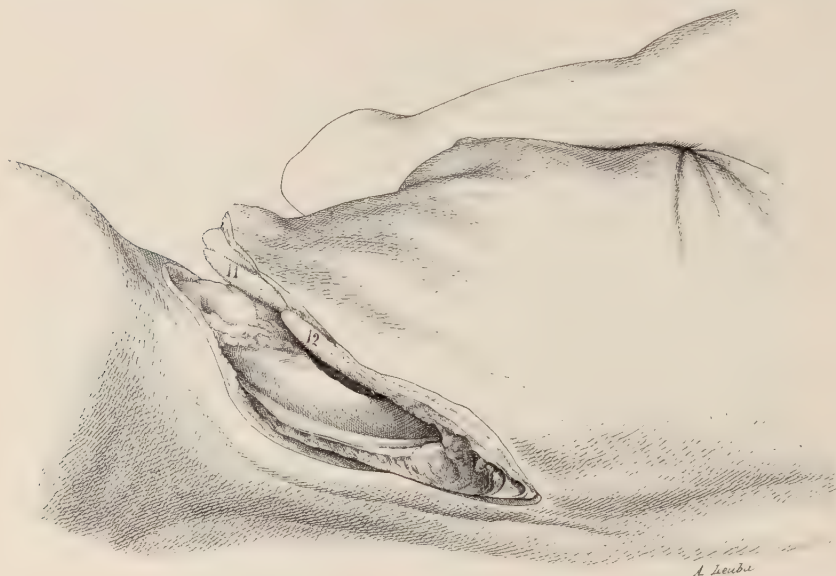


FIG. 217. — Limite déclive de l'hypochondre gauche — en arrière.

lunaire à base inférieure, cette zone sonore; elle mesure de 8 à 10 cm. de haut (l'index a 10 cm.), de 9 à 11 en travers : c'est l'**espace de Traube** (Voy. plus haut, fig. 409 et 410). A droite, l'hypochondre est rempli par le foie, et *mat* ; à gauche, il est occupé par le cul-de-sac de l'estomac (poche à air), et *sonore*.

Notez que, suivant la forme du thorax, l'« espace » remonte plus ou moins haut : sur les thorax « longs », vous avez une zone élevée de sonorité; sur les thorax larges, évasés à la base, elle se réduira sensiblement. Elle n'en est pas moins un précieux élément d'exploration : ne la retrouve-t-on plus, et a-t-elle fait place à une aire de matité, il en faut conclure que « quelque chose » remplit l'hypochondre : pleurésie diaphragmatique, épanchement péricardique, abcès sous-phrénique, kystes, tumeurs, etc.

Où est la rate? Sous la 10^e côte, en arrière de la ligne axillaire moyenne (fig. 218, D). A l'état normal, lorsqu'elle n'est ni ptosée ni

hypertrophiée, elle échappe au palper, sauf, peut-être, aux manœuvres insistantes d' « accrochage », que nous figurerons tout à l'heure, et dans les grandes inspirations. C'est à la percussion qu'elle se révèle, — et encore sans grande précision d'ordinaire, — lorsqu'on percute « au bon endroit », c'est-à-dire le long de la 10^e côte, et des deux

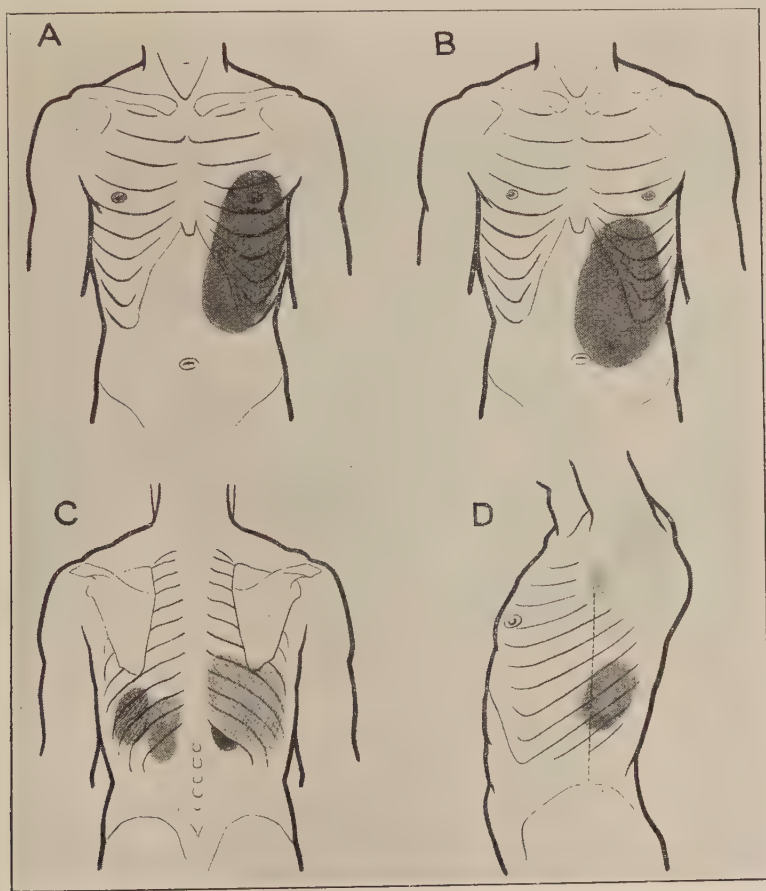


FIG. 218.

A, Kyste hydatique de la rate à développement thoracique; — B, Kyste hydatique de la rate à développement abdominal; — C, projection en arrière : à droite, du foie et du pôle déclive; du rein droit; à gauche, de la rate, du rein; — D, Situation de la rate normale : sous la 10^e côte, en arrière de la ligne axillaire moyenne.

espaces intercostaux sus et sous-jacents, en arrière de la ligne plus haut indiquée.

Elle a l'obliquité de la 10^e côte; elle s'étend verticalement, de la 9^e à la 11^e; le pôle postéro-supérieur est à deux travers de doigt de la 10^e apophyse épineuse; le pôle antéro-inférieur, à trois doigts de

l'arcade costale, souvent plus bas. Sa longueur dépasse un peu celle de l'index.

En clinique, c'est à la **RATE** qu'il faut penser d'abord, en présence d'une **tumeur de l'hypochondre gauche, se prolongeant plus ou moins dans le flanc**; et qui, en règle, **se déplace avec la respiration**.

La figure 219, représente un excellent procédé d'exploration bimanuelle : vous vous placez du côté de la tête ; votre main droite reconnaît



FIG. 219. — Palper d'une grosse rate, prolabée ou prolongée dans le flanc.

et délimite le bord antérieur de la masse; votre main gauche l'encercle en dehors et en arrière.

I. S'il s'agit d'une **grosse rate** ou d'une rate énorme, — vous vous rendrez compte qu'elle est immédiatement accolée, en avant, à la paroi abdominale, et qu'elle est distincte, en arrière, du plan réno-surrénal, et n'affecte pas le contact lombaire. Suivez surtout, de la main droite (fig. 219), le **bord antérieur** : c'est ce bord qui, par ses caractères, authentifie la rate, bord en angle mousse, ferme, interrompu par des incisures nettes, qu'on peut compter parfois, (1 grande, 2 ou 3 plus petites).

La « reconnaissance » de ces grosses rates, mobiles, qui, de plus, se dessinent en voussure à la paroi, au moins dans l'inspection oblique, est, en général, simple : c'est, à proprement parler, un *diagnostic morphologique*. Vous en verrez qui descendront jusqu'à la fosse iliaque, jusqu'au pubis, en figurant de volumineuses tumeurs de l'abdomen.

Mais que représentent-elles, ces grosses rates, ces énormes splénomégalias, qui ont gardé l'aspect d'une « hypertrophie générale », sans intumescence locale, sans déformation notable?

La question est autrement complexe à résoudre, et nécessite une série d'autres examens : les hypothèses de *leucémie*, de *syphilis*, de *paludisme*, de *tuberculose* sont à discuter; (ajoutons encore l'*endothéliome primitif*, ou maladie de Gaucher, qui, lui, est tout exceptionnel).

Il arrive, d'autre part, que ces grosses rates se soient compliquées



FIG. 220. — Palper « à l'affût » sous l'hypochondre gauche.

de *périssplénite chronique*, qu'elles soient adhérentes, immobilisées ou très peu mobiles. Elles ne se révèlent plus aussi nettement à première vue, mais l'exploration du **bord antérieur** sera toujours indicatrice.

II. Ailleurs, vous aurez affaire à des **rates beaucoup moins grosses** (cardiopathies, infections chroniques, maladie de Banti, etc.), ou à des rates simplement **ptosées**, — qu'il faudra **rechercher**, en recourant aux manœuvres qui vont être figurées.

Voyez la figure 220 : la main droite est en avant, et les doigts, infléchis sur le bord externe du droit, dépriment la paroi; les doigts gauches la dépriment en arrière; — laissez vos deux mains en place, « à l'affût »; faites respirer longuement votre malade, vous sentirez la rate glisser, entre vos deux mains; dans l'inspiration, vous pourrez la saisir, et en apprécier le volume et les contours; vous vous rendrez compte également que cette « tumeur » profonde, mobile, se déplace *obliquement* vers l'ombilic, et ce sera encore un indice de sa nature splénique.

Il y a d'autres procédés de « fouille » de l'hypochondre gauche, où, du reste, vous n'êtes pas toujours en présence d'une rate, mais où



FIG. 221. — *Palper, au pouce, du flanc gauche, sous l'hypochondre.*

vous pouvez rencontrer une *tumeur de l'angle colique droit*, de la *grande courbure de l'estomac*, une *tumeur para-rénale*, une *tumeur du rein*.

Fig. 221 : la main gauche descend le long du flanc, pouce en



FIG. 222. — *Palper de la rate dans le décubitus latéral droit.*

avant; la main droite, infléchie, explore, du bout des doigts, un peu en avant et en dedans. Voyez à quelle profondeur vous pouvez pénétrer, avec le pouce gauche, en procédant avec douceur, len-

teur et ténacité; il ne s'agit pas, ici, d'un modèle quelconque; la photographie a été prise dans une ptose, douloureuse, de la rate.



FIG. 223. — Palper de la rate dans le décubitus latéral droit, avec les mains croisées.

Fig. 222 : palper, « à l'affût », dans le décubitus latéral droit; vous pourrez encore, dans ce décubitus, disposer les mains comme figure 223 :



FIG. 224. — Recherche de la rate, ou d'une tumeur de l'hypochondre gauche, par l'amplexation sous-costale.

main gauche en avant, sous le rebord costal; main droite en arrière dans la région lombaire.

Enfin l'*amplexation* sous-costale, pouce en arrière (fig. 224) fournira aussi, parfois, d'utiles données.

L'*amplexation*, dans la position assise, pratiquée comme le montre la figure 225, vaudra également d'être appliquée : chez le malade assis, le contenu de l'hypochondre tend à prolaber, à se dégager, et devient parfois plus accessible.

Et je tiens à insister sur la **percussion**. — Si le palper a fourni des



FIG. 225. — *Amplexation sous-costale dans la position assise.*

données, elle s'imposera toujours pour les compléter; elle en fournira seule, lorsque la rate « ne déborde pas ».

Encore faut-il qu'elle soit pratiquée avec méthode; on fera coucher le sujet sur le côté droit, bras relevé, comme figure 222; pour s'orienter, on reconnaîtra la 10^e côte (cartilage mobile, en avant), et l'on percute l'hypochondre de la périphérie au centre, de bas en haut, à partir des dernières côtes; de haut en bas, à partir de l'aisselle; d'arrière en avant; d'avant en arrière : marquant, sur chacun des rayons, le point où la sonorité s'assourdit, où la submatité, puis la matité se révèlent. En reliant ces divers points, on obtiendra le *tracé* de la rate (Potain).

III. Mais voici autre chose. *Émergeant de l'arcade costale*, vous trouvez une **volumineuse voussure qui saille dans le flanc**, et dont la surface convexe et les contours arrondis *ne rappellent plus*, en aucune manière, la « morphologie » *splénique*. Cette grosse masse est tendue, rénitente, et donne à la main l'impression d'une « poche » : c'est un kyste, suivant toute apparence.

D'où peut-il procéder, le kyste qui se présente ainsi? (fig. 226). De

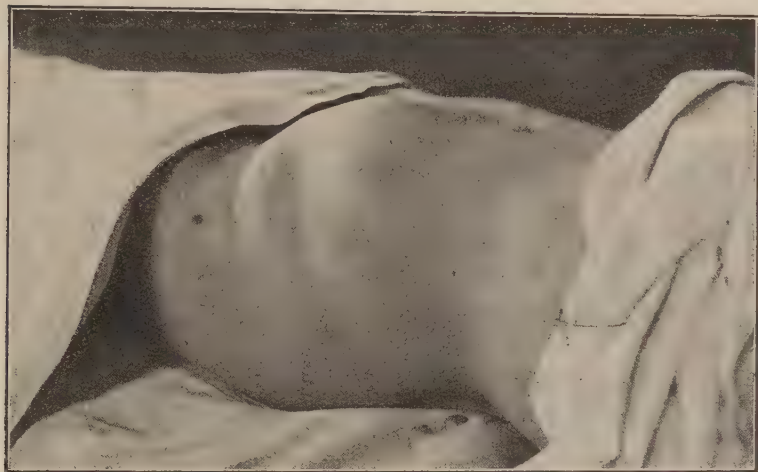


FIG. 226. — Gros kyste hydatique de la rate. — Palper d'avant en arrière et de dedans en dehors.

la rate (Voy. fig. 218, B : kyste hydatique de la rate, à développement abdominal), du lobe gauche du foie, du rein?

Regardez-la bien, cette « tumeur », *en faisant respirer le malade* : elle s'abaisse notablement dans l'inspiration, et remonte dans l'expiration; une main encadrant le pôle inférieur de la voussure apprécie encore ce va-et-vient.

Signe primordial : vous pouvez conclure, s'il est très net, à un kyste de la rate ou du foie; les kystes du rein ne « bougent » pas dans les mouvements respiratoires. — Tout de suite recherchez *deux éléments complémentaires*, qui confirmeront, s'ils sont positifs, cette conclusion première :

Explorez, d'avant en arrière et de dedans en dehors, entre les deux mains (fig. 227), la mobilité de la masse : elle se déplace un peu, mais *ne se laisse pas refouler* jusqu'à heurter la main postérieure, *jusqu'au contact lombaire*; ce n'est pas une tumeur du rein; elle se déplace, par contre, de bas en haut, plus ou moins, suivant son volume et son développement dans l'hypochondre.

Percutez le devant du kyste : il est *mate, entièrement mate*; à peine

repérez-vous parfois quelque sonorité diffuse latéralement et en arrière. Le kyste est sous-pariétal, en contact immédiat avec la paroi; encore une fois, il ne « vient » pas du rein; les tumeurs rénales sont recouvertes, en avant, par le côlon, sonore. Notez toutefois, que certains kystes spléniques naissent à la face interne, dans le segment rétro-hilaire, et descendent en arrière du côlon.

Donc, suivant toute vraisemblance, *le rein n'est pas en cause. Rate ou foie?*

Regardez encore : la tumeur déborde peu la ligne médiane, à droite, elle *descend en long*, dans le flanc, ou plus bas; en haut, elle remonte



FIG. 227. — Gros kyste hydatique de la rate à développement abdominal.

verticalement sous l'arcade costale, en éversant les dernières côtes. A ce niveau, à droite, en percutant, vous décelez une zone de sonorité, qui la sépare nettement de la matité hépatique. — Palpez (fig. 227), et insistez particulièrement sur les confins internes de la masse : vous y retrouverez assez souvent ce « bord antérieur » dont nous parlions plus haut : le kyste est développé sur la face externe de la rate, mais le bord splénique antérieur est conservé et « révélateur ».

Les kystes du lobe gauche du foie « descendent moins », débordent la ligne médiane et se dessinent à la région épigastrique; leur matité se continue naturellement avec celle du foie; ils se déplacent verticalement, dans la respiration, et non obliquement vers l'ombilic.

Bien entendu, s'il convient de garder à l'exploration physique toute sa part dans le diagnostic, elle doit naturellement être complétée par

l'examen radiologique, etc., et puis, il faut savoir que ce diagnostic reste parfois singulièrement difficile à préciser. J'ai souvenir de m'être trompé — à plusieurs reprises — en compagnie de médecins de grande expérience, et après de savantes interprétations radioscopiques. Le mal n'est pas grand, du reste, si le kyste est reconnu et s'il est opéré : une fois évacué, on en précise l'origine, et l'on prend la décision opératoire terminale qui paraît s'imposer ; — et l'on retire toujours un bénéfice de ces minutieuses études, préliminaires, de diagnostic.

Rappelons ici que certains kystes de la rate saillent assez peu au-dessous de l'arcade costale, et *se développent* presque entièrement dans l'hypochondre, en refoulant la base thoracique en dehors, et le diaphragme en haut. Dieulafoy avait bien décrit ces **kystes à développement thoracique** (voy. fig. 218, A). Bien entendu, le diagnostic en relève, avant tout, de la radioscopie ; on n'oubliera pas, toutefois, de rechercher la vaste zone de matité ascendante, qui occupe la paroi thoracique postéro-latérale, et de palper, sous le rebord costal, la voussure déclive, et mobile, de la rate kystique.

Nous avons eu principalement en vue le **kyste hydatique de la rate**, et c'est là, de fait, l'hypothèse qui se réalise le plus souvent, dans les grosses tumeurs de l'hypochondre gauche, qui viennent d'être rappelées.

Mais il y a lieu de tenir compte également des gros **hématomes péri-spléniques**, qui prennent figure de kystes, et s'accusent par une voussure sous-costale proéminente, immobile toutefois. Ils succèdent à un traumatisme de la région, parfois de date fort ancienne (trois ans, chez un de nos opérés), et dont le souvenir s'est souvent estompé : les collections sanguines enkystées peuvent ne créer qu'une gêne médiocre et tolérable, et n'être découvertes, plus ou moins tardivement, qu'au hasard d'un palper de l'estomac ; ailleurs, elles se manifestent par une crise aiguë, réaction péritonéale, douleurs, vomissements, élévation thermique, qui peut éveiller l'hypothèse d'une suppuration splénique ou péri-splénique, d'un kyste hydatique suppuré.

Il importe donc de connaître ces *gros hématomes enkystés de l'hypochondre gauche*, et d'y penser.

IV. Vous pourrez enfin, dans d'autres conditions, voir, ou palper, sous l'arcade costale gauche, une **voussure peu saillante**, plus ou moins étendue, **immobile**, dont l'aspect est, d'emblée, tout autre que celui des collections kystiques, nettes et proéminentes, relatées plus haut, et qui se montre enveloppée d'une sorte de gangue diffuse, plus ou moins épaisse.

L'examen physique de ces tumeurs est à pratiquer et à répéter avec un soin particulier, par les divers procédés indiqués plus haut ; il aura toujours une très réelle importance propre. Encore

faudra-t-il, pour le bien interpréter, se remémorer d'avance à quelles éventualités on peut avoir affaire;

Kyste hydatique adhérent et suppuré; — kyste hydatique *intraparenchymateux*, enveloppé d'une coque de splénite et de péricapsule chronique;

Abcès de la rate : abcès typhiques; abcès gangréneux, post-emboliques, à la suite de certaines infections gastro-intestinales, ou générales;

Abcès péri-spléniques et sous-phréniques gauches (voy. plus loin, p. 218);

Enfin *cancer de l'angle colique gauche* ou du *grand cul-de-sac gastrique*, adhérent et entouré d'une masse inflammatoire chronique, quelquefois même perforé dans une poche, plus ou moins large, et close par une épaisse paroi d'adhérences.

Dans tous ces cas, les accidents fébriles, actuels ou préexistants, seront toujours des plus utiles à relever; et une étude clinique minutieuse s'imposera naturellement.

RÉGION ÉPIGASTRIQUE

La région épigastrique est tout naturellement limitée, en haut, par l'appendice xiphoïde, latéralement par les arcades costales, en bas, par le plan horizontal sous-jacent aux 10^{es} côtes (voy. fig. 161); mais ce sont là des frontières tout artificielles. Dans ce cadre s'inscrivent partiellement *l'estomac, le duodénum, le côlon transverse, le pancréas*.

C'est le *pancréas*, rétro-péritonéal, qui paraît le plus stable de ces viscères, et celui qui se prête le mieux à une « topographie » précise; il occupe une zone transversale, à la base de l'épigastre, limitée, *en haut*, par la ligne des 8^{es} côtes, *en bas*, par une parallèle sus-ombilicale, menée à deux doigts au-dessus de l'ombilic, et s'étend, *à droite*, jusqu'à deux doigts de la ligne médiane, *à gauche*, jusqu'à trois doigts. (Testut et Jacob). Mais la glande est profonde, recouverte par l'estomac et le côlon transverse, et les « tumeurs » qui en procèdent dessinent souvent leur relief au-dessus ou au-dessous de la zone « topographique ».

Le *duodénum* est profond, lui aussi, très mal explorable, du reste, au palper; le point originel et le point terminal en ont seuls quelque fixité; le point originel, à la hauteur et à droite de la 1^{re} lombaire, au niveau du pylore (voy. plus bas); le point terminal, l'angle duodéno-jéjunal, que l'on repère dans la gastro-entérostomie, à gauche et tout près de la 2^e lombaire.

Quant à l'estomac, le contraste des tracés anatomiques et des figures radiologiques s'explique surtout par l'attitude « debout », qui est celle de l'examen à l'écran, — et témoigne, d'ailleurs, de la mobilité particulière des parois gastriques.

Sur l'image radioscopique, l'estomac est tout entier à gauche de la ligne médiane; son cul-de-sac déclive descend très bas, jusqu'à la crête iliaque, dans 85 p. 100 des cas; le pylore est sur la ligne médiane, ou à gauche de la ligne médiane, à la hauteur de la 3^e lombaire.

Dans l'attitude couchée, et sur un estomac normal, le point le plus déclive de la grande courbure est situé sur la ligne médiane, un peu au-dessus de l'ombilic; le pylore est sur le prolongement de la ligne latéro-sternale droite, à la hauteur de la 1^{re} lombaire.

Mais il n'y a, en réalité, pratiquement, aucun « point fixe »; c'est le cardia, dont le siège paraît être encore le plus constant; il est situé sur la ligne latéro-sternale gauche, sur le plan de la base xiphôidienne, à la hauteur de la 10^e dorsale.

Il en est de même du *côlon transverse*. Les deux angles, seuls, en sont à peu près fixes : l'angle droit remonte jusqu'au 10^e cartilage costal; l'angle gauche, plus haut, jusqu'à la 8^e ou 7^e côte. Quant à l'anse intermédiaire, elle peut être étendue, suivant le schéma classique, un peu au-dessus de la ligne ombilicale, mais, le plus souvent, elle descend au-dessous, plus ou moins bas, très bas, jusqu'à 5 centimètres du pubis, jusqu'au pubis (voy. plus loin, fig. 283, E).

On se souviendra encore, que, non prolabée, elle présente une moitié droite, transversale ou à peu près (jusqu'à la ligne médiane), et une moitié gauche, ascendante (anse gastro-colique de Fromont), et que, prolabée, elle remonte toujours à angle aigu, dans sa moitié gauche.

Ces données trouveront leur application dans l'EXAMEN CLINIQUE DE LA RÉGION ÉPIGASTRIQUE.

Mais, avant cela, rappelons quelques faits se rapportant à la paroi. On a vu, à la *Paroi abdominale*, les affections et les modes d'exploration qui sont propres à cette paroi (et, en particulier, figure 165, une *Hernie épigastrique*).

Deux types de « tumeurs » pariétales seront signalées :

1^o **Les abcès pariétaux, d'origine profonde**, cholécystique ou gastrique : *vésicule calculueuse*, adhérente, suppurée, perforée « dans la paroi », et donnant lieu à un abcès sous-cutané, d'où l'on extrait une série de calculs; j'en ai vu plusieurs exemples; — *ulcère ou cancer gastrique* adhérent, « perforé dans la paroi »; foyer pariétal qu'on ouvre, et qui aboutit à une fistule gastrique.

Il y a lieu de signaler encore les abcès pariétaux qui procèdent

de l'élimination d'un corps étranger gastrique: j'ai retiré autrefois, d'un pareil abcès, un écouvillon, avalé par le malade (voy. *Chirurgie d'urgence*, p. 405).

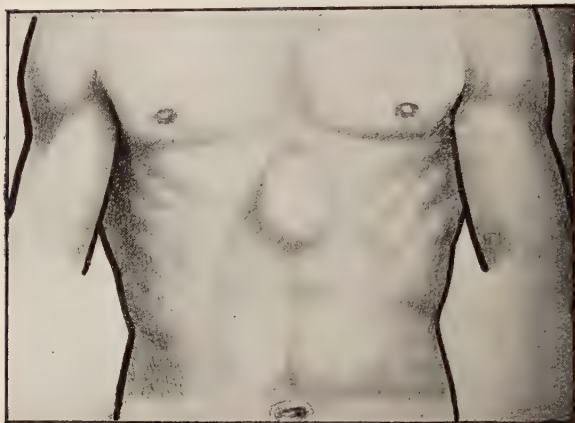


FIG. 228. — Abcès froid rétro-sternal saillant à la région épigastrique.

2° Les **abcès froids d'origine sterno-xiphoïdienne** et les **tumeurs**, qui se développent et font relief à la région épigastrique.

Figure 228. — Abcès froid rétro-sternal, saillant sur la ligne médiane, au-dessous de l'appendice xiphoïde, et donnant l'impression d'un kyste hydatique adhérent.

Voyez plus haut, figure 131, un gros sarcome, « épigastrique », de l'appendice xiphoïde.

Arrivons au **PALPER ÉPIGASTRIQUE** « proprement » dit, et suppo-



FIG. 229. — Dilatation gastrique.

sons, d'abord, qu'il n'y a pas de « tumeur » saillante et apparente. Quelle méthode suivre, pour explorer l'estomac.

Avant tout, regardez : faites étendre votre sujet bien à plat, les

épaules et la tête un peu soulevées, les jambes légèrement fléchies et écartées; asseyez-vous du côté droit, et *regardez* sans hâte, la paroi



FIG. 230. — Dilatation gastrique : recherche du clapotage.

antérieure de l'abdomen, pendant que la respiration se poursuit régulièrement.

Gros ventre, *paroi épaisse, grasseuse*, qui s'accusera tout à l'heure,



FIG. 231. — Succussion sous-costale.

sous les doigts, par un gros pli transversal : vous pourrez relever quelquefois une voussure épigastrique, mais l'inspection, en général, vous révélera peu de chose.

Plus souvent, la *paroi* sera *émaciée, flasque et, en regardant, vous*

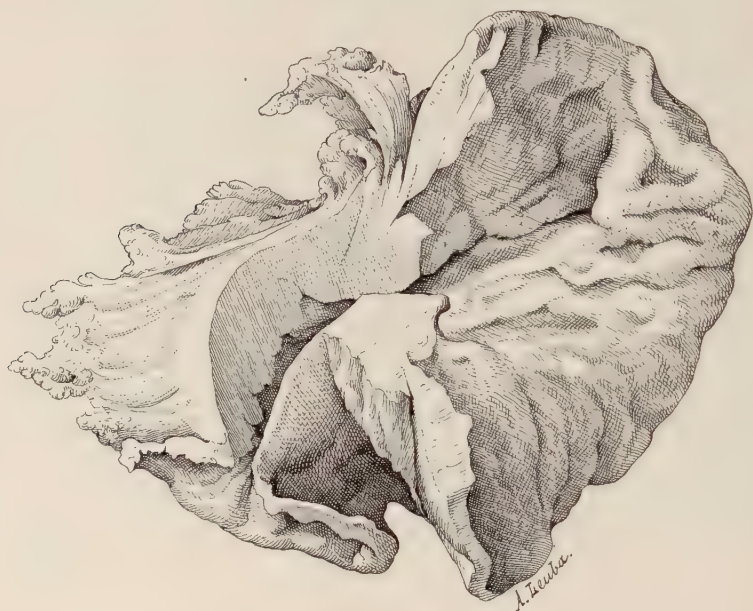


FIG. 232. — Sténose pylorique : ulcère calleux du pylore. (Gastrectomie.)

y verrez se dessiner un relief « en bosse », mobile ou fixe, — une

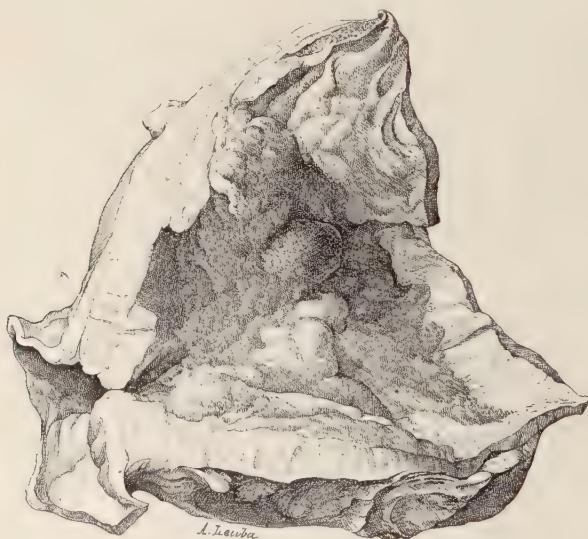


FIG. 233. — Cancer du pylore et de la zone pré-pylorique, forme infiltrée, squirrheuse. (Gastrectomie.)

voussure transversale, saillante, convexe en bas, et qui descend plus ou moins au-dessous de l'ombilic (il est bien entendu que l'exploration est pratiquée à jeun).

Appliquez votre main sur le bord déclive de la voussure, en la refoulant de bas en haut : vous la faites proéminer davantage, et, sous les doigts, vous avez l'impression

nette d'une poche, remplie de liquide et de gaz (fig. 229).

Tout de suite, *perceutez-la*, cette poche, du bout des doigts ou par chiquenaude : vous la verrez parfois se soulever, accentuer ses contours, et reproduire nettement la figure de l'estomac, d'un gros estomac dilaté, les courbures, le pylore. Il arrivera, du reste, qu'au cours de contractions spontanées, et douloureuses, la même figure se dessine. *Signe d'obstacle*, qui révèle, presque toujours, une gêne ou un arrêt de l'évacuation fonctionnelle; mais signe relativement favorable encore, car il témoigne d'une musculature gastrique indemne, ou en partie indemne, fonctionnellement. Ailleurs, la grande poche est flasque, et reste flasque, la stase est définitive et la paroi inerte.



FIG. 234. — Cancer du pylore, forme végétante.
(Gastrectomie.)



FIG. 235. — Cancer du pylore et de la moitié droite de l'estomac, forme végétante.
(Gastrectomie.)

Dilatation gastrique, le fait est avéré; vous pourrez compléter l'examen par la recherche du *clapotage* (fig. 230), par la *succussion*

sous-costale (fig. 231); mais les deux procédés d'exploration sont surtout intéressants, lorsqu'il n'y a pas de voussure apparente; la percussion trouve également, en pareil cas, à s'exercer utilement.

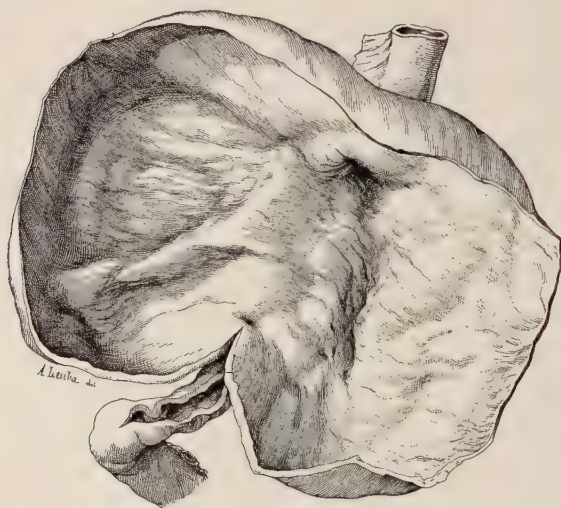


FIG. 236. -- Sténose, presque oblitérante, du pylore, par brûlure (acide chlorhydrique) pièce d'autopsie. (Il s'agit d'une jeune femme, qui nous fut amenée mourante, et chez qui une jéjunostomie fut seule praticable; l'accident datait de dix mois.)

Devant une dilatation gastrique démontrée, l'attention est attirée tout de suite sur « l'obstacle », obstacle **pylorique** : sténose ulcéreuse (fig. 232); cancéreuse (fig. 233, 234, 235); sténose cicatricielle par brûlure (fig. 236); un obstacle **mésogastrique avec biloculation** (fig. 237, 238).

Il arrive parfois, dans ces biloculations, surtout après insufflation, qu'on puisse distinguer, au palper, deux poches dilatées, clapotantes, et un sillon



FIG. 237. — Sténose médio-gastrique ulcéreuse; estomac biloculaire.

intermédiaire. Ainsi en était-il dans le cas représenté figure 238. Mais je n'ai pas besoin de rappeler que, dans toutes les affections

gastriques (et surtout dans les formes initiales, qui sont aussi les plus curables) le diagnostic s'établit, avant tout, sur une série d'explo-



FIG. 238. — Sténose médio-gastrique, ulcéreuse; estomac biloculaire.

rations cliniques, radioscopiques, chimiques, etc., dont l'exposé ne saurait trouver place ici.

Je dois m'en tenir au **palper épigastrique**, tout en sachant, par expérience, que très souvent, il ne donne rien, ou rien de net. Mais, à

titre d'**exploration préliminaire**, il n'en garde pas moins sa valeur — s'il est pratiqué avec méthode, comme nous allons le dire.

PALPER ÉPIGASTRIQUE

Palpez de très haut en bas, sur la ligne médiane (fig. 239), à droite, et à gauche (fig. 240), sans appuyer, *par glissement*; appliquez d'abord



FIG. 239. — Palper épigastrique sur la ligne médiane.

la main sous l'appendice xiphoïde, et descendez (fig. 241); certaines parois sont indolentes, sans défense, et la palpation sous-xiphoïdienne peut être portée à fond, et repérer même la petite courbure; plus souvent, la paroi est douloureuse se tend et résiste au moindre contact, et c'est encore un signe de présomption à relever.

On fera bien, alors, d'appliquer les deux mains, largement, côte à côte (fig. 243), et de les faire glisser, doucement, sans hâte, le long de la paroi gastrique antérieure. Assez souvent, sous cette pression lente, large, continue, la défense pariétale cédera peu à peu, et vous réussirez, avec quelque patience, à déprimer la paroi comme figure 243 et à reconnaître certaines tumeurs de la petite courbure (fig. 242).

Que **sentirez-vous**?

Une « paroi de poche », lisse, régulière, contractile ou atone, sans

heurts, sans induration; tout en bas, vous aurez parfois l'impression qu'elle cède brusquement, en « marche d'escalier » : c'est la *grande*



FIG. 240. — *Palper épigastrique*, par glissement, de haut en bas, avec les deux mains. courbure; — en dessous, vous pourrez découvrir encore la *corde colique transverse*; mais on interprétera toujours avec une particu-



FIG. 241. — *Palper sous-xiphoidien*.

lière réserve ces tractus transversaux que révèle le palper vertical, par glissement : Mathieu estimait que, dans les grands estomacs verticaux,

descendant jusqu'au bassin, sur le sujet debout, la petite courbure

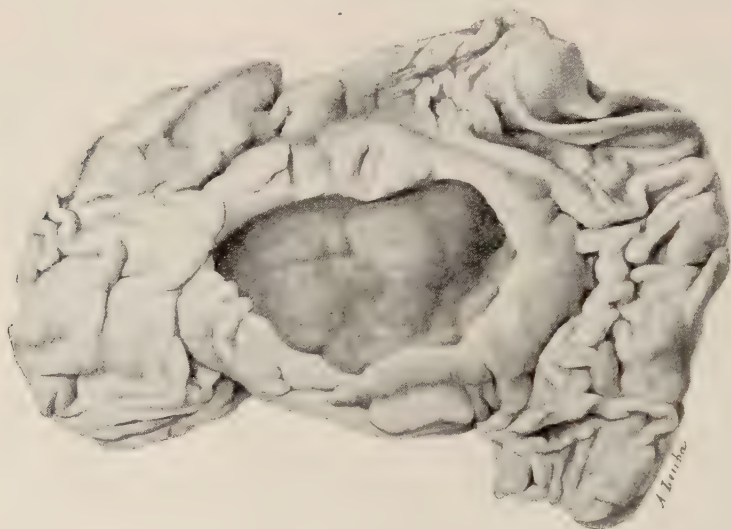


FIG. 242. — Ulcère calleux de la petite courbure. (Gastrectomie.)

apparaît souvent « en corde », lors du palper en position couchée;
Une « *paroi de poche* » encore, mais qui présente, ici ou là, une

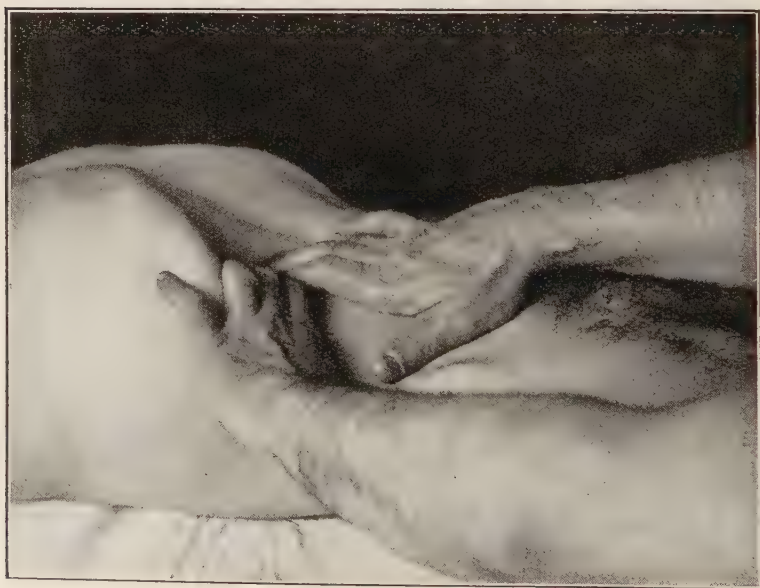


FIG. 243. — Palper sous-xiphôïdien, descendant, avec les deux mains.

bosselure, une *plaque indurée*, au moins suspecte; ailleurs, des *nodosités multiples*;

Une paroi courte, épaissie en bloc, comme infiltrée, sans bosse-lure, uniformément ferme, blindée, résistante (laine plastique, cancer diffus.

A droite, à la région pylorique, c'est encore à la même manœuvre du « glissement continu, de haut en bas », que vous aurez recours (fig. 244), en descendant de l'arcade costale droite; sous la main, le pylore se contracte, dans certaines conditions, et figure un cylindre

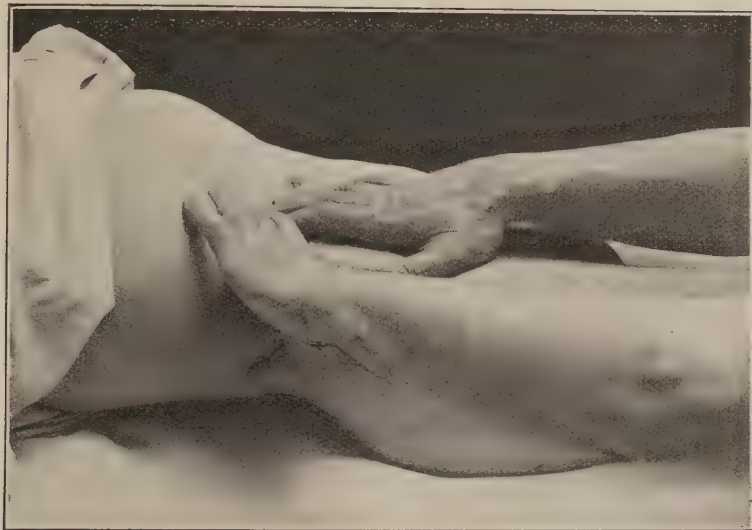


FIG. 244. — *Palper par glissement, à droite, pour la recherche du pylore.*

résistant, de 4-5 centimètres de long, qui s'affaisse plus ou moins vite, avec un léger gargouillement. Vous réussirez, là encore, à déprimer progressivement la paroi, comme figure 245.

On se trouvera bien, souvent, de compléter cet examen direct par la manœuvre représentée fig. 246 : vous vous placez du côté gauche; votre main droite est en faction à l'aire pylorique; de la gauche, vous « relevez » de bas en haut. Ce procédé rendra des services, lors de « tumeurs » de la région pylorique, dont l'origine et la nature peuvent prêter, d'ailleurs, à une interprétation complexe, comme nous allons le voir.

Que trouve-t-on, en effet, à cet examen pylorique?

Rien, parfois, ou, du moins, rien de caractérisé, et il faut se garder de conclure, sur des « apparences de palpation »; c'est la radioscopie qui fournira seule les éléments de solution du problème;

Une sorte de gâteau, de plaque, épaissie, de largeur variable, de contours imprécis; il y a « quelque chose », et que l'on



FIG. 245. — *Palper profond, progressif, de la région pylorique.*



FIG. 246. — *Palper de la région pylorique, l'observateur placé du côté gauche, et la main gauche refoulant de bas en haut.*

retrouve aux examens successifs; on n'en saurait, cette fois encore, rien conclure de net, mais c'est un élément à enregistrer;



FIG. 247. — Palper d'une tumeur pylorique. — Recherche de la mobilité.

Une « tumeur » mobile, de volume et de forme variable, lisse, ferme, ovoïde ou cylindroïde bosselée, irrégulière, dure. Si l'estomac est

contractile, elle se dessine parfois avec une netteté parfaite, lors des contractions. Quant à la mobilité, explorez-la toujours, non seulement de haut en bas, mais de bas en haut, en cherchant à relever la tumeur, à passer dessous (fig. 247), et n'accordez jamais qu'un crédit relatif à cette mobilité : la « tumeur » ne « tient » pas aux parois antérieure et postérieure, mais, souvent, elle n'en adhère pas moins aux organes voisins, côlon, épiploon, duodénum, vésicule;

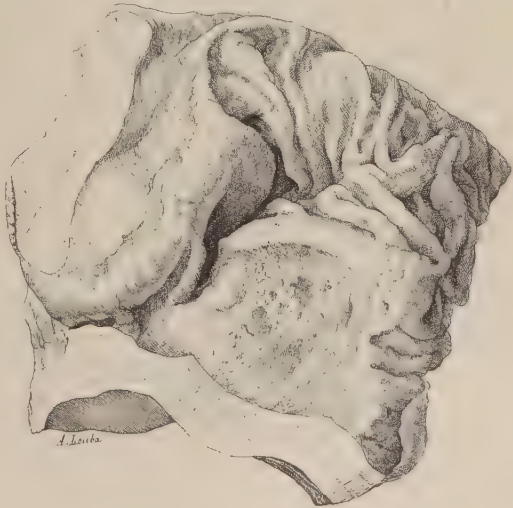


FIG. 248. — Cancer squirrheux du pylore. (Gastrectomie.)

la pseudo-indépendance n'est qu'un leurre, et l'on s'en apercevra au cours de l'intervention.

Une « tumeur », fixe, qui ne se déplace pas, ou à peine, sous la

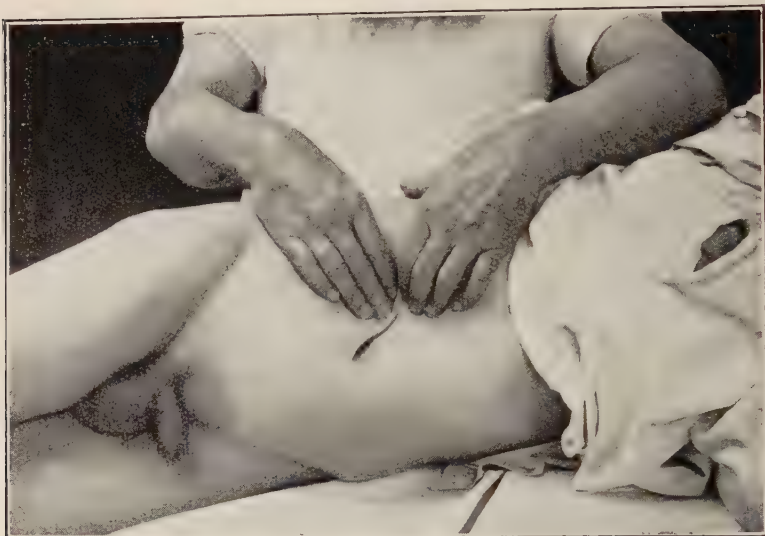


FIG. 249. — Palper du pylore dans le décubitus latéral gauche.

main, tumeur variable de surface et de contours, d'une fermeté ligneuse ou d'une induration particulière. Cancer, ulcère calleux



FIG. 250. — Palper de la grande courbure et du cul-de-sac, dans le décubitus latéral droit.

(fig. 232 et 248) : c'est entre ces deux hypothèses qu'il faut se déterminer, en pareil cas, et nous allons y revenir.

✓ Pour compléter l'exploration de l'aire pylorique, vous aurez avantage, parfois, à placer votre malade dans le **décubitus latéral gauche**, et à palper, de dedans en dehors, comme le représente la figure 249.

Le palper dans le décubitus latéral droit (fig. 250), sera utile également, pour certaines tumeurs de la grande courbure et du grand cul-



FIG. 251. — *Palper de l'estomac, entre les droits, dans la position assise.*

de-sac, qui se dégagent et prolabent dans cette attitude, et deviennent alors accessibles aux doigts.

Enfin le palper, dans la position assise (fig. 251), entre les droits, pourra encore, quelquefois, fournir certaines données.

Autre exploration, de moindre importance, certes. Nous signalions tout à l'heure la sensibilité diffuse de la région épigastrique, avec contracture de défense; dans les cas où la réaction est moins diffuse et plus atténuée, certains **points douloureux** sont utiles à repérer, non qu'il faille accorder grand crédit à ces localisations, qu'on a multipliées, et qui n'ont pas, en général, de sens précis et « révélateur », mais, pour les rechercher, les procédés, qui vont être figurés, sont

aussi des procédés, parfois utiles, de palper profond, et l'on a double avantage à y recourir :

Fig. 232 : recherche du point *épigastrique*, à égale distance de l'appendice xiphoïde et de l'ombilic, un peu à droite de la ligne médiane (plexus solaire) ;

Fig. 233 : recherche du point *sous-costal*, à la hauteur du 10^e cartilage costal (c'est aussi le point cystique) ;

Fig. 234 : recherche des points *vertébraux*, sur le côté droit des 3 dernières dorsales et des 3 premières lombaires ; douleur « en broche », que l'on provoque parfois par la pression épigastrique.

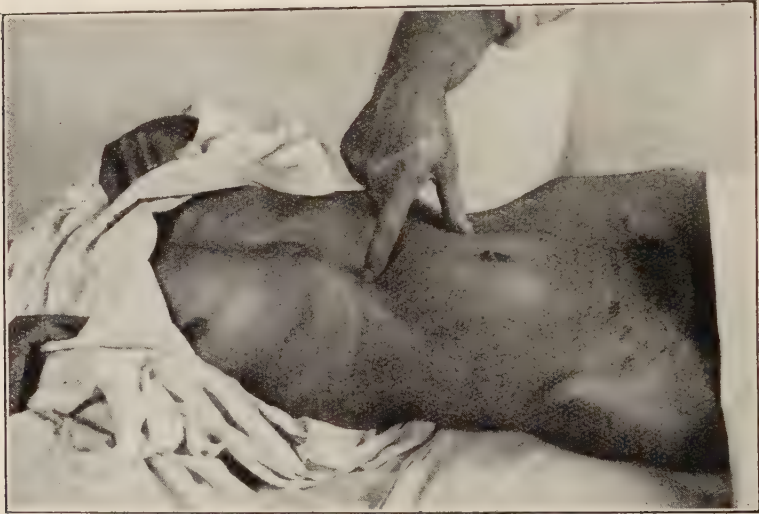


FIG. 252. — Recherche du point épigastrique.

Rappelons encore le point *duodénal*, de Bucquoy, au milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'arcade costale, sur le bord externe du droit.

Reste l'examen de la fosse sus-claviculaire gauche (fig. 235) : il y avait, chez la femme ici représentée, un gros ganglion (ganglion de Troisier), bas situé, que le médius et l'annulaire encadrent, sur la figure. Voyez figures 64 et 73, d'autres procédés d'exploration sus-claviculaire. On devra toujours insister sur cet examen, qui pourra fournir, dans certains cas douteux, un élément de démonstration, et de démonstration malheureuse, car il s'agit de ganglions néoplasiques à distance, qui dénoncent la généralisation.

Telles sont les données que l'on peut attendre de l'exploration « à l'œil et à la main », méthodiquement pratiquée. Qu'elles ne suffisent jamais, il est superflu de le rappeler ; mais elles n'en doivent pas moins être soigneusement recueillies et interprétées.

MAIS L'ESTOMAC N'EST PAS TOUJOURS EN CAUSE, et il arrive, en d'autres conditions, que vous ayez affaire à une **tumeur proé-**



FIG. 253. — Recherche du point sous-costal.

minente, siégeant en tel ou tel point de la région **épigastrique**, kyste, abcès, tumeur solide (ou qui paraît telle au palper).

Comme nous y insistions plus haut, on devra toujours penser, en présence d'un **kyste épigastrique**, au *kyste hydatique du foie*



FIG. 254. — Recherche des points vertébraux.

(bord antérieur, lobe gauche); ces kystes peuvent être de volume variable; médians, sous-xiphoidiens, sus-ombilicaux, ou faisant relief sous l'une ou l'autre des arcades costales; ils peuvent être adhérents,

fixes, mais en tout état de cause, ils sont immédiatement sous-pariétaux.

On voit d'autres kystes à la région épigastrique, haut situés parfois et sous-jacents au lobe hépatique droit, ou qui saillent plus bas, dans la région sus-ombilicale. Ils émergent du plan rétro-péritonéal : ce sont des **kystes du pancréas**; ils sont développés en arrière de l'estomac et du côlon transverse, et c'est là ce qu'il faut établir, par l'exploration, pour les reconnaître.

S'ils sont de volume encore médiocre, le palper et la percussion

fournissent de précieux indices : on sent qu'ils n'entrent pas en contact direct avec la paroi, que « quelque chose » les en sépare, et la sonorité, révélée par la percussion, montre que ce « quelque chose » est l'estomac. — Sont-ils volumineux et saillants en avant, pareille recherche sera souvent peu démonstrative : c'est à l'*insufflation de l'estomac*, qu'il y a lieu de recourir alors, et l'on voit la poche gastrique se soulever au-devant du kyste, le recouvrir, le masquer, et, de ce fait, affirmer le diagnostic.

Nous allons signaler tout à l'heure (Voy. *Aire centrale de l'abdomen*), des kystes pancréatiques à évolution d'ictère, qui peuvent



FIG. 255. — Recherche des ganglions sus-claviculaires (ganglion de Troisier).

simuler certaines tumeurs kystiques sous-ombilicales : pour eux aussi, c'est la présence reconnue d'une zone sonore « de couverture », qui permet de conclure à leur origine réelle.

Les **abcès épigastriques** se présentent sous des formes multiples, souvent inattendues, qui suscitent, en clinique, des problèmes de diagnostic parfois fort complexes, et créent des « surprises »; nous en voyons, chaque année, plusieurs exemples.

Il y a, d'abord, l'**abcès sous-phrénique** typique, si je puis ainsi dire, développé le plus souvent dans la loge *inter-hépto-diaphragmatique droite*, c'est-à-dire, entre le foie et le diaphragme, à droite du ligament falciforme. — En clinique, il se révèle par une voussure, qui déborde plus ou moins l'arcade costale droite (fig. 256, B), voussure

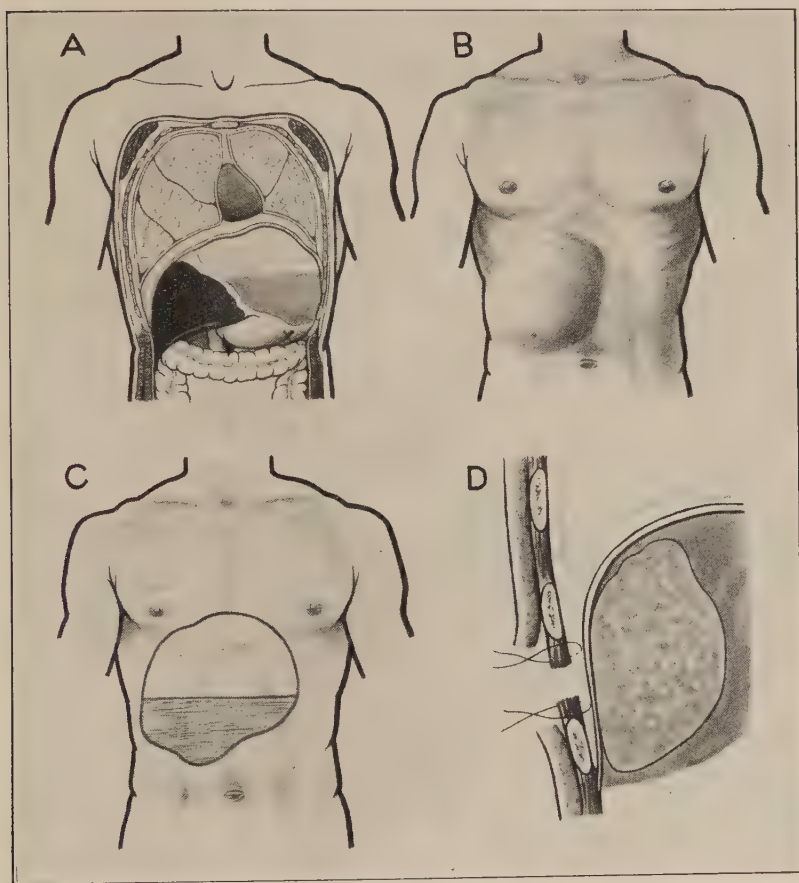


FIG. 256. — *A*bcès sous-phréniques.

A, L'*A*bcès gazeux sous-phrénique : localisation anatomique; — B, *A*bcès sous-phrénique, très gros et très proéminent; — C, *A*bcès gazeux sous-phrénique; malade debout (ou assis); sonorité en haut, matité en bas; — D, Gros abcès du foie; incision transpleurale.

épaisse, tendue, mal limitée, fluctuante dans la profondeur, recouverte souvent d'une peau œdématiée.

Plus rarement, vous verrez pareille voussure se dessiner sous l'arcade costale gauche : abcès de la loge *inter-hépto-diaphragmatique gauche*, ou de la loge péri-splénique.

Vous trouverez de ces abcès qui, longtemps méconnus, remplissent

l'épigastre, y « font bosse », et bosse volumineuse, qu'il faut inciser d'abord, et tout de suite, et qui révèlent, une fois l'incision faite, par le siège et la direction de la poche suppurée, à quelle variété l'on a affaire.

Les abcès sous-phréniques peuvent être des **abcès gazeux**, sonores, qu'il faut savoir explorer : dans le décubitus dorsal, le relief épigastrique ou sous-costal est complètement sonore; faites asseoir le malade : la tumeur reste sonore en haut, elle devient mate, en bas (fig. 256, A, C). C'est une démonstration; ces abcès pyo-gazeux procèdent, le plus souvent, d'une perforation gastrique ou intestinale.

Je rappellerai encore les *abcès rétro-stomacaux*, de l'arrière-cavité, rares, du reste, et les collections *rétro-péritonéales*, adjacentes au bord postérieur du foie, dont une appendicite « remontante » est l'origine la plus commune (voy. plus loin : *Fosse iliaque droite*).

Mais, à côté de ces formes typiques, je voudrais insister sur d'autres abcès, de moindre volume, assez bien limités, saillants en tel ou tel point de la région épigastrique, et qui peuvent en imposer pour de tout autres « tumeurs ».

Exemple. Un homme m'est adressé par un médecin éminent avec une « vésicule biliaire » proéminente, qui se dessine aussi nettement que figure 193; il n'accuse pas de coliques, d'ictère, de douleurs de l'épaule : il souffre un peu de la région sous-hépatique, depuis quelques semaines. On a porté le diagnostic de cholécystite, probablement ancienne, avec oblitération calculeuse du cystique, et, morphologiquement, rien n'est mieux caractérisé.

J'incise, croyant trouver la vésicule; et, tout de suite, j'ouvre un abcès, un assez gros abcès, qui se prolonge de bas en haut, sous la paroi, croise le bord antérieur du foie, et se termine, en cul-de-sac, entre la face convexe et le diaphragme.

Autre cas. Femme jeune; crise douloureuse et fébrile récente; masse arrondie sous-costale droite; examen prolongé et aussi complet que possible : on a conclu à une cholécystite, peut-être suppurée. A l'incision, je rencontre un abcès, et cet abcès, qui donne une abondante quantité de pus, remonte aussi, par-devant le bord hépatique antérieur, sous le diaphragme. Drainage; guérison.

Je pourrais citer une série de cas analogues, dont plusieurs ont été observés avec M. le prof. Chauffard, et j'estime qu'il convient, en pratique, de toujours penser à ces abcès sous-phréniques « localisés », dont l'origine première peut siéger, comme dans les formes classiques plus haut étudiées, à la région pylorique, au duodénum, à l'angle colique, à la vésicule, mais qui se distinguent par leur « circonscription », et par les similitudes de forme et d'aspect, qu'ils peuvent, de ce fait, revêtir.

L'exploration au palper est-elle susceptible, alors, de fournir d'utiles éléments au diagnostic? Je le crois, mais je me garderais de rien formuler de catégorique; car, l'ayant toujours pratiquée, je me suis trop souvent trompé. Pourtant, il y a lieu de tenir compte, tout particulièrement, de la *paroi épaissie, infiltrée, souvent œdémateuse*, qui recouvre ces « tumeurs », et de leurs *contours*, en réalité, assez *imprécis* à la main, quelle que soit la netteté apparente de leur relief morphologique; — la *fluctuation superficielle*, dans la paroi abdominale, à fleur de paroi, est aussi une donnée à rechercher et à retenir.

Ajoutons que les abcès dont nous parlons ne remontent pas tous au-dessus du foie, dans la zone *sous-phrénique*; il y a lieu de tenir compte également des abcès *sous-hépatiques*, qui restent inclus sous le lobe droit du foie, plus ou moins relevé, et de certains abcès médians, *médio-épigastriques*, d'origine stomacale, et qui peuvent même, dans certains cas, être pyo-gazeux. J'ai incisé encore, l'an dernier, un abcès de ce genre, rempli de pus sanieux et de gaz, et qui s'était développé au-devant d'un cancer perforé de la paroi gastrique antérieure. — Il faudra enfin réserver toujours une arrière-pensée aux *abcès pancréatiques et péri-pancréatiques*.

Quant aux **tumeurs solides épigastriques**, saillantes, nous avons signalé déjà le cancer, et aussi la tumeur inflammatoire péri-gastrique, d'origine ulcéreuse, et qui peut être elle-même en voie de transformation épithéliomateuse.

Mais il est un segment de l'épigastre, où ces tumeurs, solides ou qui semblent telles, créent parfois des difficultés de diagnostic toutes particulières : je veux parler de l'« **aire pylorique** », à droite de la ligne médiane, à la hauteur des 10^e, 9^e, 8^e cartilages costaux.

Vous pouvez y rencontrer le *cancer du pylore*, le gros *ulcère calculeux*, que nous rappelions plus haut; et aussi, des blocs de péritonite et d'*épiploïte chronique*, développés au-devant d'une lésion pylorique ou duodénale; des *péri-cholécystites*; des *cholécystites chroniques*, calculeuses ou d'autre origine, prolabées et adhérentes au pylore; des *pancréatites chroniques*; le *cancer du pancréas*.

Si vous ajoutez encore le *kyste hydatique* ancien, de paroi épaissie, indurée, calcifiée quelquefois; et aussi, l'*abcès circonscrit, sous-hépatique ou sous-phrénique*, du type que nous venons d'étudier, qui peut dater de loin, lui aussi, et s'envelopper d'une coque d'apparence solide, vous aurez, certes, une longue série d'hypothèses à discuter et à étudier par tous les modes d'exploration; mais il sera toujours utile de se les remémorer d'avance, pour conduire du mieux possible l'étude clinique.

AIRE CENTRALE DE L'ABDOMEN

C'est, elle aussi, une région essentiellement fictive, en libre pratique avec tout le reste de l'abdomen; elle figure un carré central, *péritombilical*, limité, en haut, par la ligne transverse qui relie les 10^e cartilages costaux; en bas, par celle qui réunit les deux épines iliaques antéro-supérieures (ligne bi-spinale); de chaque côté, par une verticale émergeant du milieu de l'arcade crurale (Voy. fig. 161).

On trouve, dans cette **AIRE CENTRALE**, de grosses tumeurs, émanant de l'étage supérieur, épigastrique, de l'étage inférieur, pelvien, des



FIG. 257. — Tumeur médio-abdominale. — Palper transversal.

zones postéro-latérales; mais on y trouve aussi des tumeurs manifestement isolées sur toute leur périphérie, des **tumeurs médio-abdominales**, au sens propre du mot : les flancs, les fosses iliaques sont libres, sonores; l'épigastre, les hypochondres sont libres; la région sus-pubienne se laisse déprimer profondément, jusqu'au promontoire : elle est libre aussi. La tumeur est localisée, cantonnée, « en plein ventre »; c'est aussi en plein ventre, qu'elle est née, suivant toute vraisemblance, et rappelez-vous tout de suite que l'aire centrale est occupée par le *grand épiploon*, par l'*intestin grêle* et son *mésentère*, par le *colon transverse*, si souvent déclive, et encore que le bord inférieur du *pancréas* répond à sa limite supérieure.

Voici une **tumeur de l'aire centrale de l'abdomen** (fig. 258) : l'om-



FIG. 258. — Tumeur médio-abdominale. — Limitation sous le rebord costal gauche.

bilic est normal, il n'y a pas d'ascite ; la paroi, plus ou moins tendue, glisse librement, ou, du moins, si elle tient en quelque point, s'étale



FIG. 259. — Tumeur médio-abdominale. — Limitation sous le rebord costal droit.

régulièrement, uniformément, au-devant de la masse profonde : il n'y a rien de pariétal ; la tumeur est profonde, intra-abdominale.

Explorez-la :

Palpez-la transversalement, avec les deux mains, placées comme figure 257, et qui dépriment progressivement, profondément, de haut en bas, la zone déclive des hypochondres, les flancs, les fosses iliaques : elles apprécient les contours latéraux, la surface, la consistance, la mobilité du bloc centro-abdominal ;

Délimitez-le, maintenant, ce bloc, en haut et en bas.

En haut, par une pression profonde exercée, comme figure 258 sous le rebord costal gauche, isolez-le de la région splénique, assurez-vous



FIG. 260. — Tumeur médio-abdominale. — Limitation et relèvement de la tumeur, de bas en haut.

qu'il ne s'agit pas d'une grosse rate ou d'un kyste splénique, prolapsés ou développés à la région ombilicale ; — par une pression symétrique, du côté droit (fig. 259), rendez-vous compte que vous n'avez affaire ni à une énorme vésicule, ni à un kyste hydatique du foie. Pour-suivez, d'ailleurs, d'un côté à l'autre, cette exploration « d'isolement », pour vous convaincre que l'estomac n'est pas en cause, lui non plus.

En bas : avec les deux mains, doigts infléchis (fig. 260), suivez le pôle inférieur de la masse, encadrez-le, plongez le plus loin possible, et relevez-le. La position inclinée (voy. plus loin : *Gynécologie*), servira beaucoup. — Il se relève, ce pôle inférieur, plus ou moins, assez pourtant, pour que vos mains dépriment la région hypogastrique, et reconnaissent le *vide sus-pubien* (fig. 261), autrement dit, l'indépendance complète de la tumeur à son bord déclive, et l'absence de toute connexion avec les organes pelviens.

Je rappelle encore que la percussion, en révélant une zone de *sonorité périphérique*, témoigne encore de l'« isolement » de la masse centrale.

C'est donc bien une tumeur médio-abdominale. Il convient, dès lors, d'en préciser, autant que faire se peut, la nature.

I. — Avez-vous reconnu, au cours des explorations précédentes, qu'elle est **nettement kystique**, convexe, rénitente, vous pouvez penser à un kyste « central » : **kyste hydatique du grand épiploon**, très rare, du reste (j'en ai vu et opéré deux seuls cas), et surtout, si la tumeur est bien mobile ¹, **kyste du mésentère** (kyste hydatique, sanguin, dermoïde, chyleux).

J'ai eu l'occasion d'observer, chez une jeune fille de dix-sept ans, un kyste médio-abdominal aussi saillant que fig. 257 et 258, mais



FIG. 261. — Tumeur médio-abdominale. — La tumeur relevée, vide sus-pubien.

très peu mobile : je conclus — et je n'étais pas seul — à un kyste de l'ovaire, peut-être dermoïde; l'absence de toucher, l'exploration sus-pubienne insuffisante ne suscitèrent aucune réserve à ce diagnostic, que la relative fixité de la poche rendait seulement un peu douteux. Or, le ventre ouvert, rien n'émergeait du bassin, les annexes étaient normales, et ce fut sous l'épiploon et les anses grêles, que je découvris la poche kystique, appliquée à la paroi abdominale postérieure : énorme poche, qui fut ponctionnée et marsupialisée, qui remontait, jusqu'au pancréas, et dont le contenu, analysé, démontra, d'ailleurs, l'origine **pancréatique**. Après une longue période de fistulisation, la guérison définitive fut obtenue.

J'ai eu à traiter, deux fois, des fistules rebelles, sous-ombilicales, d'origine pancréatique, et qui avaient succédé vraisemblablement, d'après l'histoire clinique, à l'ouverture spontanée de pareils kystes.

1. Il est entendu que ce n'est pas là un signe nécessaire et constant; mais, lorsqu'on le trouve — et on le trouve souvent — il n'en garde pas moins une réelle valeur.

II. — Dans d'autres conditions, la tumeur centrale n'est pas « nettement kystique »; on trouve bien une **poche**, plus ou moins circonscrite, plus ou moins fluctuante, mais elle est **entourée d'une masse épaisse, compacte**, presque dure parfois; on l'isole bien, mais on ne la soulève pas, on la mobilise mal. Tels étaient les caractères d'exploration clinique (fig. 257, 258, 259, 260, 261) : l'intervention montra qu'il s'agissait d'une **épiploïte tuberculeuse avec gros abcès froid**.

Vous pourrez rencontrer certaines tumeurs du même genre, qui



FIG. 262. — Cancer du côlon transverse (résection).

procèdent du *mésentère*, et qui représentent de *volumineux conglo-mérats de ganglions tuberculeux*.

Il arrive encore que certains **cancers du côlon transverse** (fig. 262), bas prolabés, s'enveloppent d'anses grêles adhérentes, d'une gangue épaisse d'épiploïte néoplasique, et qu'une poche abcédée se développe à leur contact. Ce ne sont pas là des éventualités exceptionnelles. En général, la masse est bosselée, et l'induration toute particulière des bosselures, autour de la zone ramollie centrale, jointe aux désordres fonctionnels, à l'état général, à l'amaigrissement, permettra, assez souvent, sinon de conclure de façon ferme, au moins de prévoir la réalité (radioscopie).

III. — Ailleurs, enfin, vous ne trouvez pas de kyste, pas de zone abcédée ou ramollie, mais un **bloc de consistance uniforme, ferme ou plus ou moins dur**.

Songez à l'**épiploïte chronique**, d'origine pelvienne (appendicite), ou gastrique, ou encore consécutive à certaines cures radicales de hernie, à certaines laparotomies avec résection de l'épiploon, et le diagnostic sera naturellement très simplifié dans ces deux derniers cas. Ces tumeurs épiploïques peuvent être très volumineuses, et en imposer, de prime abord, pour de tout autres hypothèses.

Songez aussi aux **tumeurs du mésentère**; qu'elles soient rares, cela n'est pas douteux, mais elles n'en surprennent que plus, lorsque,



FIG. 263. — Cancer de l'intestin grêle : anse doublée (résection).

d'aventure, on les rencontre. Je suis intervenu, de la sorte, pour un énorme *myxo-lipome* mésentérique, pour un *sarcome ganglionnaire*, pour un *lymphadénome* et, tout récemment, pour un *fibrome*, gros comme le poing; mais je dois dire que, sauf dans le dernier cas, le diagnostic de localisation n'avait pas été porté.

N'oubliez pas les **néoplasmes du côlon transverse**, prolabés, dont nous parlions tout à l'heure, mais libres et mobiles, cette fois — et certains **cancers de l'intestin grêle**, parfois volumineux, avec « anse doublée » (fig. 263), adhérents à l'épiploon et aux anses voisines, qui figurent des tumeurs médio-abdominales, de nature d'autant plus imprécise (avant la radioscopie), que les accidents fonctionnels peuvent manquer ou n'être nullement caractérisés, comme dans le cas ici représenté.

Il arrive même que la tumeur soit **incluse dans la cavité de l'intestin et pédiculée**. Voyez fig. 263 *bis* : le diagnostic n'avait pas été fait; la malade, une femme de cinquante-trois ans, amaigrie et d'aspect cachectique, nous avait été adressée, après un examen médical des plus minutieux, pour des accidents gastriques, probablement néoplasiques. On n'avait pas trouvé la tumeur; je ne la trouvai pas davantage, et ce ne fut qu'au moment d'intervenir, et lorsque, sous l'anesthésie rachidienne, la paroi abdominale se détendit, que je fus tout étonné de sentir une grosse masse ferme, qui se déplaçait librement à



FIG. 263 *bis*. — Sarcome polypeux de l'intestin grêle.

la région centrale de l'abdomen. Le ventre ouvert, je reconnus un estomac et un pylore absolument indemnes, et j'amenaï la masse, qui occupait l'intestin grêle, à 25 centimètres environ de l'angle duodéno-jéjunal : la paroi intestinale, toute normale, glissait sur un bloc intra-cavitaire, une sorte de corps étranger. Après entérotomie, je découvris la tumeur ici représentée (fig. 263 *bis*), qui s'implantait sur la muqueuse par un pédicule court, et large, tout au plus, de 1 centimètre. Le pédicule fut lié

et sectionné, le néoplasme extrait, et la brèche intestinale réunie. C'était un sarcome.

Vous pourrez voir encore des tuberculoses localisées, segmentaires, qui affecteront, à leurs débuts, ces caractères de mobilité et d'indépendance, apparentes, tout au moins; — j'en ai observé et réséqué. — Et, parmi ces « raretés », j'inscrirai, de plus, certaines invaginations chroniques (tout exceptionnelles, chez l'adulte), et certaines « tumeurs inflammatoires » péri-intestinales, consécutives à des ulcères de nature diverse ou à des érosions par corps étrangers, et formant bloc circonscrit.

Rappelons enfin les **cancers de la grande courbure** de l'estomac, qui, très abaissés et propagés à l'épiploon, revêtent l'aspect de grosses tumeurs de l'aire centrale (fig. 264); la masse se mobilise parfois, latéralement, en bloc, et les accidents fonctionnels étant souvent peu accusés (le pylore est libre), on peut penser, de prime abord, à toute autre chose qu'à la tumeur gastrique, et même pratiquer des laparotomies, exploratrices et inutiles.

Ce sont des faits à connaître, et qui démontreraient, s'il en était besoin, qu'il ne faut pas aller trop vite dans le diagnostic, si complexe souvent, de ces *tumeurs médio-abdominales*, mais s'entourer, avant de



FIG. 264. — Cancer diffus de la grande courbure gastrique, propagé à l'épiploon, et figurant une grosse tumeur médio-abdominale.

conclure, et non toujours, sans quelques réserves, de toutes les explorations.

FLANC DROIT

C'est au **rein**, et au **côlon ascendant**, qu'il faut tout d'abord penser, en présence d'une tumeur du flanc, et, en particulier, d'une tumeur limitée au flanc, *régionale*.

Le diagnostic est souvent fort délicat, et commande toute une série d'examen spéciaux, mais l'exploration clinique, à l'œil et à la main, n'en doit pas moins être conduite — et répétée — avec une méthode et une insistance particulières, car elle fournit toujours des données et des « directives » précieuses.

COMMENT EXPLORER?

Regardez, de face, de côté, pendant que votre malade, couché bien à plat, respire librement : vous verrez parfois un relief saillant, plus ou moins volumineux, arrondi, cylindroïde, bosselé, qui se déplace ou reste fixe ; — ailleurs, une intumescence légère, plus ou moins large, qui soulève un peu, mais nettement, la paroi ; — ailleurs encore, aucune saillie ne se montrera sur cette paroi, mais, à l'examen oblique, vous



FIG. 265. — *Palper transversal du flanc droit.*



FIG. 266. — *Tumeur du flanc droit. — Relèvement de la tumeur.*



FIG. 267. — Tumeur du flanc droit. — Relèvement total; libre palper de la fosse iliaque et du cæcum au-dessous de la tumeur.



FIG. 268. — Tumeur du flanc droit. — Emprise de la tumeur entre les deux mains.

vous rendrez compte qu'elle est rigide, tendue, immobile. — Ne trouvez-vous rien dans le flanc, inspectez aussi la fosse iliaque droite : si elle est convexe, « soufflée », rappelez-vous qu'un « gros cæcum » est associé d'ordinaire aux sténoses coliques.

Palpez maintenant; palpez de dedans en dehors (fig. 265) : que vos deux mains, les doigts infléchis, dépriment la paroi, aux confins internes de la fosse iliaque et du flanc : ramenez-les, peu à peu, de



FIG. 265. — Tumeur du flanc droit. — Refoulement de la tumeur, de dehors en dedans.

dedans en dehors et faites-les remonter, par glissement, l'une suivant l'autre, de la fosse iliaque à l'arcade costale : de la sorte, vous encadrez tout le contenu du flanc, qui, dûment immobilisé sous vos doigts, ne vous échappe pas; s'il y a une tumeur, une zone épaisse ou indurée, une masse profonde, vous la découvrirez, et, parfois, vous sentirez la paroi colique se contracter et durcir au palper.

Je suppose que vous trouviez **UNE TUMEUR, ET QUI PARAÎT MOBILE**. Étudiez-la.

Cherchez à la relever (fig. 266); lorsque le relèvement s'obtient aussi intégralement que la figure 267 le montre, vous pourrez en conclure que la tumeur ne procède pas de la fosse iliaque, qu'elle n'y adhère pas, qu'elle ne s'y prolonge pas. Et la notion est importante. Le malade représenté ici nous avait été adressé pour une appendicite chronique, avec péri-appendicite, et, de fait, la masse prolabaient en libre pratique, dans la fosse iliaque; mais, à l'exploration ici figurée,

elle remontait jusqu'au haut du flanc, et tout était libre au-dessous d'elle : c'était un *cancer, mobile, du côlon ascendant*.

Autre chose. Où finit la tumeur, par en haut? Est-elle nettement isolée du foie, et indépendante de la région sous-hépatique? Voyez figure 268; la main droite vous renseigne : quel creux, quel fossé profond ne dessine-t-elle pas sous l'arcade costale! Et remarquez encore que vos deux mains, placées comme le représente cette figure, encadrent la tumeur à ses deux pôles, *la soulèvent*, et peuvent en apprécier au mieux les contours, le volume, la consistance, la surface, la mobilité.

Cette mobilité, achevez de la préciser par la manœuvre que voici (fig. 269) : vos deux mains pénètrent dans le flanc et la fosse iliaque, à leur limite externe, en dehors de la tumeur, et vous la refoulez, cette tumeur, de dehors en dedans : si elle cède aisément et se déplace, vous serez assuré de sa mobilité profonde, et vous pourrez conclure définitivement qu'il s'agit d'une tumeur colique, et non d'une tumeur rénale.

Mais il arrive que la masse, pour bien limitée et mobile qu'elle soit, remonte au-dessous de l'arcade costale; l'examen, dans le décubitus latéral gauche, (voy. fig. 249) est alors des plus recommandables, il permet de « dégager » la tumeur, si elle est bien mobile, ou, du moins, de la suivre plus ou moins haut dans l'hypochondre, et d'en repérer parfois le pôle supérieur.

Ailleurs, **LA TUMEUR EST FIXE**, ou à peu près, et c'est alors, que, si elle est relativement profonde et distante de la paroi abdominale antérieure, et si les accidents fonctionnels n'ont rien de caractérisé, le diagnostic peut hésiter entre le côlon et le rein. *L'insufflation colique*, par l'anus, devient alors une ressource exploratrice, d'application fort simple, et qui fournit d'utiles données. Le côlon « soufflé » recouvre et masque la tumeur, dont il démontre le siège postérieur, rétro-colique.

On peut trouver encore, dans le flanc, une tumeur fixe, mais qui donne l'impression d'une poche tendue, ou fluctuante, douloureuse, recouverte d'une paroi « qui se défend » : un abcès, oui; mais un **abcès émergeant d'une base indurée, profonde** (Voy. p. 226). Attachez-vous à l'explorer, cette base, et rappelez-vous que les cancers intestinaux se compliquent parfois de pareils abcès, et que, dans certains cas, l'abcès devient même, en clinique, la *première révélation d'un néoplasme latent*. Tuffier l'avait signalé, et nous en avons eu, à plusieurs reprises, la démonstration.

Enfin, vous pouvez rencontrer d'autres **ABCÈS DU FLANC**, et des abcès limités au flanc, qui ne se prolongent ni dans l'hypochondre,

ni dans la fosse iliaque, et qu'on peut circonscrire, en haut et en bas, par les manœuvres figurées plus haut (fig. 268).

Il ne s'agit donc ni d'un kyste hydatique, déclive et suppuré, du foie, ni d'une collection, iliaque ou pelvienne, « remontante ».

L'abcès ne s'impose pas toujours, du reste, au premier examen; il est parfois d'évolution lente, et précédé d'une longue période initiale de « phlegmon dur ». On avait cru à un sarcome du côlon ou du rein, chez une jeune femme, qui nous fut envoyée avec un pareil bloc, compact, du flanc; elle était maigre, pâle, « suspecte ». Mais elle avait commencé à souffrir plusieurs semaines après un accouchement, et des poussées fébriles étaient alors survenues. Dans les jours qui suivirent l'admission de la malade, la fièvre reparut le soir, et la grosse « tumeur » se ramollit au centre. C'était un volumineux **abcès péri-colique**; il fut incisé et guérit. En pratique, on pensera toujours au phlegmon chronique, dans les tumeurs de l'abdomen.

Ailleurs, l'abcès du flanc est nettement caractérisé, lorsque vous êtes appelé à en faire l'examen; il peut même adhérer à la paroi abdominale antérieure, qu'il soulève — et la question pratique est, de ce fait, très simplifiée. Mais, le plus souvent, c'est à la masse profonde, indépendante de la paroi, que vous avez affaire.

Que représentent-elles, ces collections suppurées du flanc?

Des **abcès périnéphrétiques**, cantonnés dans le segment capsulaire antérieur, **anté-rénaux**; ils ne sont pas très rares. — Si l'on incise en arrière, on tombe sur la face postérieure du rein, et ce n'est qu'en débridant transversalement en dehors, qu'on finit par ouvrir le foyer suppuré. La chose m'est arrivée deux fois; et c'est pour cela, qu'il convient de toujours explorer de près ces gros blocs phlegmoneux péri-rénaux, pour inciser latéralement, si le relief a démontré une collection antérieure;

Des **abcès péri-coliques**, tout semblables aux péri-sigmoïdites suppurées, dont nous parlerons tout à l'heure et dont le mode pathogénique est analogue. Leur contenu est le plus souvent d'une odeur « intestinale » caractéristique; j'en ai ouvert deux, qui s'étaient produits *post partum*;

Dans ces conditions, il faut toujours penser, bien entendu, à l'**appendicite** : appendice « remontant », fosse iliaque libre. En dépit de cette « liberté » apparente, il est rare qu'un palper bien conduit ne

découvre pas, dans cette fosse iliaque, quelque point douloureux révélateur;

Enfin, vous n'oublierez pas les **abcès pancréatiques**, et, cette fois, c'est en haut et en dedans, que l'exploration devra être poursuivie, et fournira des données utiles.

FOSSE ILIAQUE DROITE

Appendice, cæcum, oui, c'est à eux *qu'il faut penser* avant tout et toujours, mais il faut penser encore à autre chose, et nous allons en faire état.

I. **ACCIDENTS AIGUS**, début brusque, douleur, fièvre, vomissements : la « défense de la paroi », la douleur et sa localisation sont tout d'abord à préciser.

Appliquez la main, à plat, sur la paroi iliaque, et palpez très doucement : il arrivera que la moindre pression, le moindre contact provoquent une douleur aiguë, et que cette hyperesthésie douloureuse *superficielle* irradie au flanc, à la région sous-hépatique, à l'aire centrale de l'abdomen, autour de l'ombilic, au côté gauche; vous ne réussirez pas à délimiter une « zone de défense », tant la réaction est brusque et diffuse, sous la main.

Méfiez-vous de ces douleurs primitives, *de vaste surface* : elles peuvent se voir aux premières heures d'une appendicite, d'une colique appendiculaire, qui tournent court; mais elles s'observent aussi dans l'appendicite perforante d'emblée, et deviennent, avec le pouls et la température, les réactions abdominales, le facies, un élément de plus pour le diagnostic (voy. *Chirurgie d'urgence*, p. 469).

Plus souvent, si le palper est douloureux, il peut s'exercer pourtant jusqu'au contact de la paroi musculo-aponévrotique, et vous la sentez se tendre, durcir, « se mettre en défense », sous vos doigts. Cherchez doucement, jusqu'où se prolonge cette résistance tabulaire, en haut, en dedans : elle est cantonnée, ou presque, à la fosse iliaque; bien, c'est un signe, une présomption, tout au moins, d'un processus endopéritonéal encore localisé. Et notez tout de suite que, si l'appendicite est le plus souvent en cause, elle n'est pas seule, pourtant, à provoquer la « défense iliaque » : certaines annexites aiguës haut situées, certaines pelvi-péritonites, certaines torsions tubaires, certaines ruptures de grossesses tubaires, peuvent s'accuser, à leur début, par une semblable réaction de paroi.

Pour l'appendicite, qui reste l'éventualité coutumière, la recherche du **point douloureux** devient alors tout indiquée.

On a multiplié ces **points douloureux appendiculaires**, et l'appendice est loin d'être, en effet, un organe fixe — et c'est même là ce qui réduit singulièrement l'intérêt pratique des localisations topographiques sur le cadavre. Et puis, il n'est pas démontré que ce soit la pression de l'appendice lui-même qui réveille la douleur, et non, plutôt, la traction exercée sur le péritoine pariétal, par le méso-appendice ou par les adhérences, lors de l'exploration aux doigts.

Toujours est-il que vous trouverez les points appendiculaires

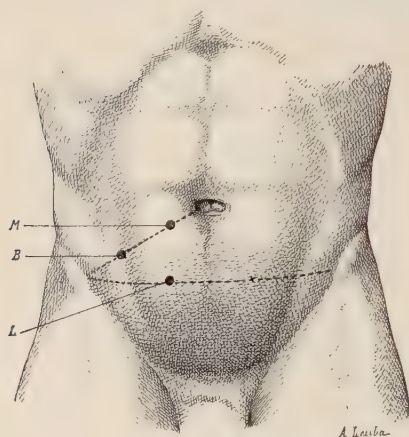


FIG. 270. — Les points douloureux appendiculaires. — Sur les deux lignes spino-ombilicale et bi-spinale.

B, point de Mac Burney; — L, point de Lanz;
M, point de Morris.

sur deux lignes (fig. 270) : la ligne *spino-ombilicale*, tracée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic; la ligne *bi-spinale*, reliant horizontalement les deux épines iliaques antéro-supérieures.

Sur la première ligne, un peu en dehors de son milieu, vous avez le *point de Mac Burney*, qui garde, en pratique, s'il est bien net, toute sa valeur, aujourd'hui traditionnelle; sur la même ligne, vous auriez encore le *point de Munro*, au bord externe du droit; le *point de Morris*, à deux travers de doigt de l'ombilic.

À la ligne bi-spinale correspond le *point de Lanz*, à la jonction du tiers moyen et du tiers droit.

Est-il plus « topographique » ce dernier point? Peut-être. — En tout cas, il ne s'agit nullement d'un point mathématique : vous chercherez le point sur les deux lignes, que nous venons de figurer, et dans la zone intermédiaire : ce qui importe, c'est de trouver une douleur locale aiguë, bien nette, et la pression aux deux mains superposées (fig. 271) me paraît très propre à bien préciser l'exploration.

N'oubliez jamais le *toucher rectal*, et le *toucher vaginal*, chez la femme, avec pression de l'index, en haut et en dehors.

Et puis, comme nous le disions plus haut, remontez, en cherchant la douleur, dans le flanc droit, sous le foie, à la région lombaire; explorez, de même, la fosse iliaque et le flanc gauche, et ne négligez pas d'utiliser le *procédé de Rousing*, de *compresser de bas en haut fosse iliaque et flanc gauches*, et de voir si ce refoulement du contenu colique gauche ne détermine pas une douleur à la fosse iliaque droite.

Quant au **palper profond**, la paroi en défense l'enraye souvent; toutefois, quelques artifices de palpation seront utiles, et, bien



FIG. 271. — Palper de la fosse iliaque droite avec les deux mains superposées.

entendu, ne devront jamais être employés qu'avec lenteur, douceur et « progressivement » :

Fig. 272. Appliquez l'éminence thénar gauche et le bord radial



FIG. 272. — Palper de la fosse iliaque droite, lors de « défense ». (Procédé d'Obrastzow).

du pouce sur le grand droit, en dedans de la fosse iliaque; appuyez peu à peu : au bout de quelques minutes, la paroi cédera, en dehors,

et vous pourrez la déprimer, et pratiquer l'exploration profonde.

C'est le procédé d'Obrastzow, dont nous avons maintes fois vérifié l'efficacité;

Fig. 273. Autre manœuvre, toute semblable, en réalité, mais qui s'exerce en sens opposé : placez-vous à gauche : que votre main droite s'applique en long, largement, sur le droit; la main gauche pourra bientôt pénétrer. (*Palper appuyé*, de Galembos).

Le palper aux deux mains superposées (fig. 271) permet d'obtenir, souvent, le même résultat, s'il est conduit sans hâte, avec une ténacité douce.



FIG. 273. — *Palper de la fosse iliaque droite, lors de « défense ». Palper appuyé. (Galembos.)*

Bien entendu, on se gardera de trop demander à ces explorations, et d'y insister, surtout en présence d'accidents aigus; mais les données qu'elles fournissent n'en sont pas moins utiles.

Dans d'autres cas — et, d'ordinaire, un peu plus tard — vous découvrez un **plastron**, une masse épaisse, ferme, remplissant la fosse iliaque, et faisant corps avec la paroi; explorez-le (fig. 274), pour en préciser, autant que vous le pourrez, l'extension et les contours, pour en apprécier les caractères de surface et de consistance. Et l'exploration devra être répétée journellement.

Ce plastron peut s'indurer, se réduire, s'affaïsser progressivement, pendant que la température tombe et que tous les accidents s'atténuent. Ailleurs, la fièvre persistant ou réapparaissant par poussées, la masse grossit et s'étend, devient plus douloureuse, se ramollit en tel ou tel point : un abcès s'est constitué.

On ne saurait admettre que ce soit là le processus nécessaire et

constant de tous les abcès d'origine appendicitaire : certains de ces abcès, distants de la paroi, ne s'accompagnent pas d'un « plastron » reconnaissable, et, d'ailleurs, ils peuvent survenir beaucoup trop tôt, pour qu'une coque de phlegmon chronique, épaisse et dure, ait eu le temps de se créer autour et au-devant d'eux.

À côté des **abcès iliaques** proprement dits, situés en dehors, en dedans, en arrière du cæcum, il y a lieu de se souvenir, en effet, des collections **ilio-abdominales**, situées en dedans de la fosse ilia-

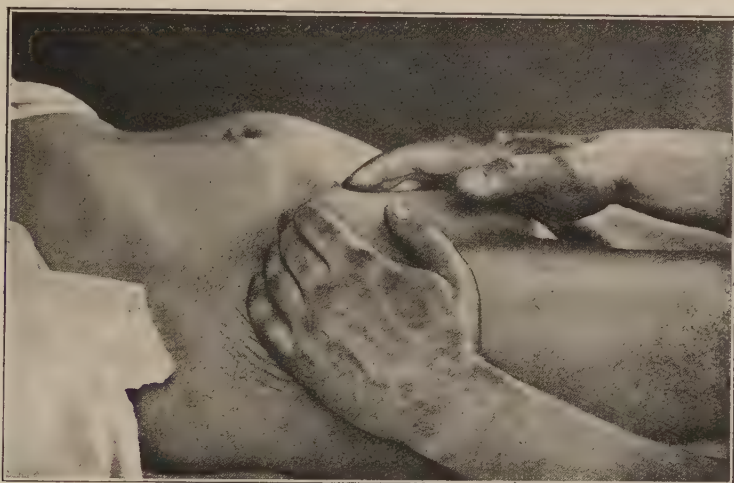


FIG. 274. — Exploration d'un « plastron » de la fosse iliaque droite.

que, entre les anses grêles, dans la région sous-ombilicale; — des collections **pelviennes**, occupant le cul-de-sac de Douglas; — des collections **lombaires**, remontantes, qui peuvent devenir rétro-hépatiques et **sous-phréniques**; — des collections **sous-hépatiques**, faisant relief en avant, dans le flanc, après que le pus, développé dans la fosse iliaque, a fusé de bas en haut sur la face antéro-latérale droite du côlon ascendant.

Il semble parfois, si les débuts de l'affection ont été insuffisamment observés, que tout se passe dans la région sous-hépatique, et l'on est conduit à discuter les diverses variétés d'abcès, dont nous parlions plus haut (Voy. p. 218). J'ai vu encore, tout récemment, un exemple de ce genre, des plus typiques : l'incision ouvrit un volumineux abcès, qui se prolongeait en bas, par une large trainée purulente, jusqu'à la fosse iliaque — jusqu'à un appendice, ascendant et gangréné.

Enfin l'on n'oubliera pas les **abcès de la fosse iliaque gauche**, d'origine appendiculaire, et l'*appendicite à gauche*, du reste, exceptionnelle (Voy. plus loin, *Fosse iliaque et flanc gauche*).

II. J'arrive à l'**APPENDICITE CHRONIQUE**, ou, pour mieux dire, aux lésions chroniques de la fosse iliaque droite, d'origine cœco-appendiculaire.

Alors même que le diagnostic n'est pas douteux, et qu'il est démontré par **une ou plusieurs crises antérieures**, dûment caractérisées, il y aura toujours une importance majeure à explorer minutieusement la fosse iliaque, je ne dis pas « pour trouver l'appendice », mais pour reconnaître « s'il reste quelque chose », ces « reliquats » servant à préciser les indications opératoires.

La question est autrement complexe en présence d'une **appendicite**

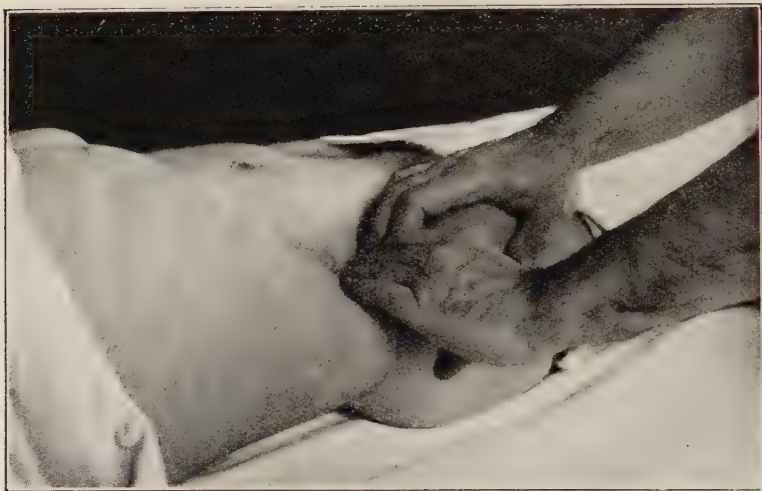


FIG. 275. — Palper de la fosse iliaque, à la recherche de l'appendice, du dedans en dehors.

chronique d'emblée, qu'il s'agit de confirmer, et de différencier de certaines autres affections, rein flottant, annexites, entéro-colite, constipation cœcale, etc.

Oh ! je sais bien que c'est là un diagnostic, qui paraît devenir d'une banalité extrême ; quelques douleurs de ventre, surtout à droite ; quelques crises vagues ; de la constipation ; un peu de douleur ou de sensibilité au palper iliaque : cela suffit ; appendicite chronique, il faut enlever l'appendice, à froid (il n'a, du reste, jamais été « à chaud »). Ces appendices sont d'aspect normal, mais leur muqueuse un peu rougeâtre par places : « c'est bien cela ; opération excellente ».

Je ne dis pas que l'intervention soit mauvaise, si elle est bien faite et guérit bien, et je crois qu'il y a toujours bénéfice à être émondé de son appendice ; mais elle est, parfois, et reste insuffisante, parce que l'on ne s'est pas suffisamment enquis de l'« ensemble » clinique, et que, en particulier, l'exploration préalable n'a pas été assez étendue ni assez minutieuse.

Comment donc explorer?

Cherchez les points douloureux sur la ligne spino-ombilicale et la ligne bi-spinale (voy. fig. 270); puis palpez la fosse iliaque, de



FIG. 276. — Palper de la fosse iliaque, à la recherche de l'appendice, de haut en bas.

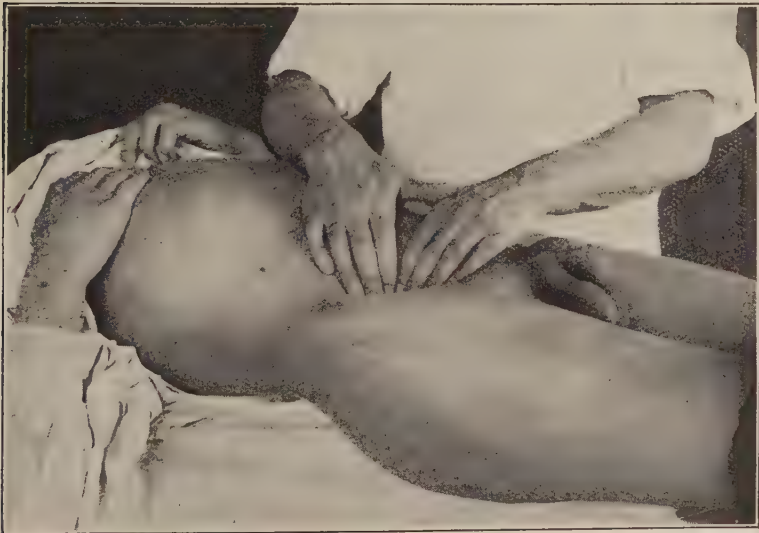


FIG. 277. — Palper de la fosse iliaque, à la recherche de l'appendice, du côté opposé.

dedans en dehors, avec les deux mains, appliquées comme fig. 275. Ne déprimez que lentement, en plongeant un peu plus à chaque expiration : vous pénétrerez, ce faisant, tout au fond de la fosse

iliaque, vous en aurez tout le contenu sous vos doigts, et vous pourrez descendre jusqu'à l'entrée de l'excavation pelvienne.

Les cuisses demi-fléchies maintenues dans cette attitude sur un coussin, appliquez vos deux mains sur le bord externe du droit, et palpez profondément, de haut en bas (fig. 276).

Il sera bon encore de vous placer du côté opposé, à gauche, et de refouler le contenu iliaque, de dedans en dehors, pendant que vos



FIG. 278. — Palper de la fosse iliaque droite, dans le décubitus latéral gauche.

doigts infléchis plongent de plus en plus (fig. 277); j'ai obtenu souvent d'excellents résultats de ce palper « inversé ».

Enfin, l'examen en décubitus latéral gauche (fig. 278) sera également utilisable avec grand profit. Chez le malade ici représenté, il nous permet de bien circonscrire une petite masse appendiculaire rétro-cæcale, qui, dans la position couchée, recouverte par le cæcum, avait complètement échappé.

Le palper sur le psoas vaudrait aussi d'être pratiqué, bien que j'aie peine à croire qu'il puisse rendre autant de services qu'on l'a dit quelquefois. (Voy. plus loin : *Flanc et fosse iliaque gauches*).

Vous faites fléchir la cuisse, jambe étendue, et, de vos deux mains, vous cherchez, dans la fosse iliaque, la corde descendante du muscle (fig. 279) : elle fournit un solide plan d'appui, sur lequel on palpe cæcum et appendice.

Que trouve-t-on dans ces explorations, et comment interpréter ce que l'on trouve?

Nous disions plus haut qu'il ne faut jamais conclure : « voici l'ap-

pendice », quelles que soient les apparences morphologiques du cordon, découvert au palper — et que, de la sorte, on se gardera de nom-

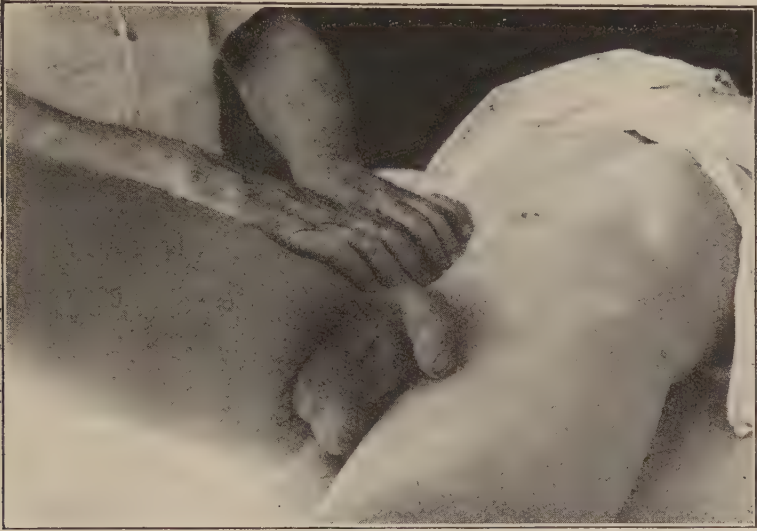


FIG. 279. — Palper de l'appendice, sur le psoas.

breuses déceptions. Il arrive pourtant que ce soit bien l'**appendice**, que vous sentiez, au-devant, en dehors, en bas du cæcum; et cela, en particulier, lors de ces gros appendices cylindroïdes, épais, tendus, qui sont restés libres d'adhérences, et se déplacent sous le doigt; lors des **hydro - appendices** (fig. 280); des appendices à diverticules (fig. 281 et 282); de certains appendices tuberculeux. Je ne ferai que signaler l'appendice néoplasique, très rare, en somme : celui que nous avons étudié, en 1903, avec M. Menetrier¹, se présentait, dans la fosse iliaque, comme un cordon épais, vertical, des plus nets.



FIG. 280.
Gros hydro-appendice.

1. Cancer primitif de l'appendice. Récidive et généralisation rapide. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1903, p. 96.

En tout cas, si vous ne constatez rien de semblable, rien qui rappelle la forme et les caractères de l'appendice lui-même, mais **une « masse », un « gâteau », « quelque chose d'épais »**, qui soit accolé au cæcum, qui « tienne » dans la profondeur, dites-vous que ce foyer inflammatoire chronique, foyer restant, foyer primitif (paroi cæcale épaisse, adhérences, épiplote), est toujours *connexe* en quelque point *avec l'appendice*, et que, si vous opérez, c'est à lui qu'il faut aller d'emblée. Et ne manquez pas de l'inspecter, de le palper soigneusement, ce foyer, par les diverses manœuvres que nous figurions plus haut.



FIG. 281. — Gros diverticule au niveau d'un hydro-appendice, limité au tiers inférieur.



FIG. 282. — Appendice à diverticules, inclus dans le méso.

Ailleurs encore, vous ne trouvez rien d'épais, rien d'aggloméré, rien qui forme masse. Toutefois, si vous palpez comparativement les deux fosses iliaques, vous vous rendez compte, qu'à **droite, vous pénétrez moins bien**, vous n'allez pas « jusqu'au fond ». Ce n'est pas un signe net, c'est une nuance d'exploration, et qui ne prend de valeur, que si elle se retrouve à plusieurs reprises, après qu'on a eu soin de faire disparaître toute constipation cæcale. Il y a de la résistance — sans défense de la paroi, sans douleur — il y a « quelque chose », je le répète; quoi donc? un *gros cæcum*, très souvent, qui se mobilise mal, qui adhère en quelque point, dans la profondeur, au niveau de l'appendice malade.

En d'autres conditions, enfin — et qui sont courantes — vous ne découvrez rien, au palper iliaque, ni appendice (ou cordon qui en rap-

pelle la forme), ni masse, si petite soit-elle, ni résistance : **les points douloureux seuls**, et surtout le point de Mac Burney, qu'il faut chercher avec insistance dénoncent, avec les accidents antérieurs, dûment interprétés, l'*affection appendiculaire* — et ce ne sont pas toujours les

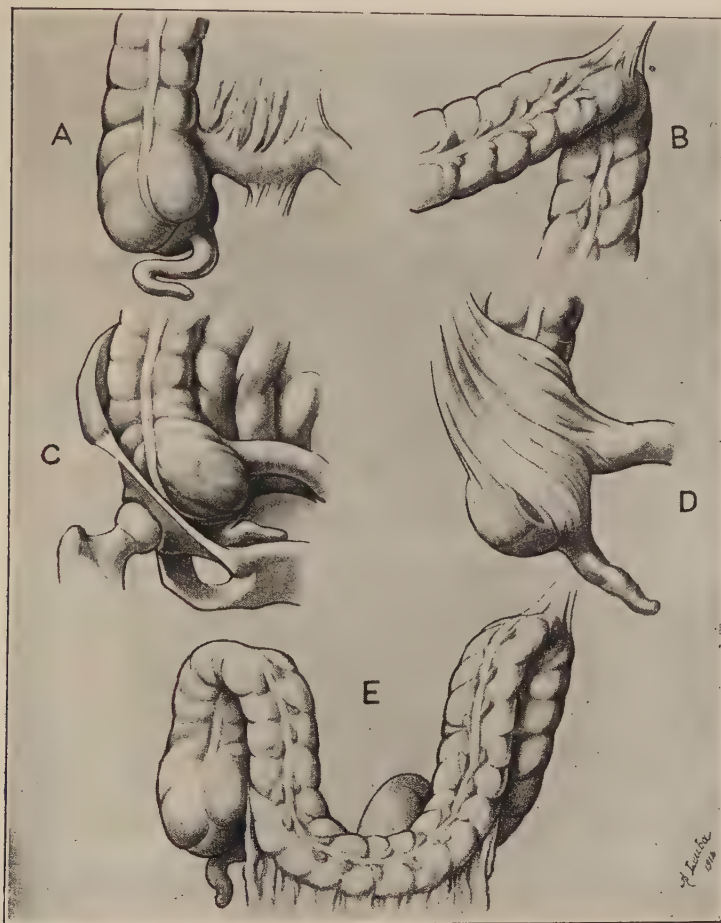


FIG. 283. — Côlon et appendice.

A, Coudure de Lane, sur la fin de l'iléon; — B, Angle gauche du côlon transverse; — C, Anses grêles prolabées derrière l'iléon terminal; — D, Membrane de Jackson, enveloppant le cæcum; — E, Côlon transverse prolabé; les deux angles.

appendicités chroniques, pour lesquelles l'intervention est le moins indiquée.

Le cæcum. — Nous signalions tout à l'heure le *gros cæcum*. Il faut s'accoutumer, s'entraîner à l'explorer toujours, dans les conditions que nous avons actuellement en vue, dans l'appendicite chronique.

La paroi cæcale, localement épaissie, fait souvent partie intégrante de la « masse », lorsqu'on trouve une masse profonde. Si l'on ne sent



FIG. 284. — Palper du cæcum. — Palper transversal, de dedans en dehors.

rien, ou seulement une résistance assez vague, le cæcum est souvent mobile, ptosé, ectasié (et la ptose simultanée du côlon transverse est



FIG. 285. — Palper du cæcum. — Refoulement en haut et en dehors.

fréquente (fig. 283, E), et, dès lors, il a sa part — une part très large, souvent — dans la genèse des désordres cliniques.

Sans y insister, nous voudrions pourtant décrire et figurer les divers procédés d'exploration du **cæcum**, du **cæcum mobile et ptosé**,



FIG. 286. — Palper du cæcum. Refoulement de dehors en dedans.

dans les cas de ce genre. Glénard avait magistralement étudié cette exploration cæcale. Si l'on a conscience de l'intérêt qui s'y attache, et



FIG. 287. — Palper du cæcum. — Refoulement de bas en haut; fosse iliaque vide.

qu'on le veuille, on réussira sans trop de peine à recueillir des notions utiles.

Tout d'abord, à regarder la fosse iliaque, de face et surtout de profil, vous la verrez soulevée, en voussure (en voussure sonore); la voussure s'accuse à certaines heures et dans certaines conditions, et il sera utile de répéter les examens.

Pour repérer et explorer le cæcum, procédez comme suit :

Fig. 284. De la main gauche, main fixatrice, empaumez le flanc et son contenu (côlon ascendant); de la droite, palpez transversalement,



FIG. 288. — Cancer du cæcum. — Résection.

de dedans en dehors, la fosse iliaque, où vous pourrez saisir et apprécier le boudin cæcal distendu (Sigaud);

Fig. 285. — Avec les deux mains, qui sont appliquées et qui plongent sur le bord externe du droit, refoulez en haut et en dehors le gros cæcum, dont vous reconnaîtrez à la fois et le volume et la mobilité (Sigaud);

Manœuvre inverse : plongez vos doigts tout en dehors, dans la fosse iliaque, et refoulez en dedans le gros cæcum (Fig. 286).

Enfin, fig. 287. De la main droite, doigts infléchis, refoulez de bas en haut tout le contenu de la fosse iliaque, « explorez-la », et constatez, avec le pouce gauche, qu'elle est bien vide, effectivement, et que le cæcum mobile s'est laissé refouler très haut, jusque sous le foie.

Ces diverses manœuvres vous serviront encore à explorer les **tumeurs du cæcum**, invagination chronique iléo-cæcale (voy. plus loin : *Les gros ventres*), cancer (fig. 288 et 289); tuberculose (fig. 290).

A. Ce sont parfois de *grosses tumeurs*, qui remplissent toute la fosse



FIG. 289. — Gros cancer du cæcum, d'une mobilité complète. — Résection.

iliaque et dessinent même, à la paroi, une voussure plus ou moins, saillante, ou, du moins, reconnaissable à l'examen latéral.

Si vous palpez comme fig. 291 (la main gauche, dans le flanc, immobilise le côlon; la main droite circonscrit la tumeur, en travers), vous vous rendrez compte de leur extension, de leur degré d'immobilisation, de leur limitation supérieure. Vous pourrez, en même temps, sous vos doigts qui glissent de dedans en dehors, en repérer les carac-

tères de surface, l'induration continue ou les bosselures, et encore retrouver parfois, au-devant d'elles, des zones crépitantes, sonores (anses grêles adhérentes), ou même reconnaître des points ramollis, fluctuants, abcédés, qui émergent du fond dur de la masse. — Et ces abcès sont d'importance particulière, lorsqu'il s'agit de conclure entre néoplasme et tuberculose.

On ne saurait, du reste, compter sur eux, pour le diagnostic différentiel, pas plus que sur l'inégalité de consistance : si l'on ne constate pas, en général, dans le « tuberculome », la dureté ligneuse du cancer,



FIG. 290. — Tuberculose du cæcum. — Résection.

lors des grosses tumeurs hypertrophiques, dont nous parlons, enveloppées d'une épaisse gangue scléro-lipomateuse, les nuances sont le plus souvent d'appréciation malaisée.

Encore conviendra-t-il de conduire minutieusement et sans hâte l'exploration régionale, et de la répéter, le matin, à jeun et au lit, et après l'évacuation de l'intestin. — Indépendamment du procédé rappelé tout à l'heure (fig. 291), on fera bien de recourir aux manœuvres représentées plus haut, figures 275 et 284.

Elles permettront, dans certains cas, de refouler toute la masse dans la fosse iliaque, de l'empaumer des deux mains, et de la palper au mieux.

Notons enfin que certaines de ces grosses tumeurs sont mobiles, et même très mobiles : celle de la figure 289 se laissait refouler tout le long du flanc, et déplacer latéralement; les accidents fonctionnels étaient presque nuls, et le diagnostic eût été hésitant, si la consistance dure, et uniformément dure, l'âge de la malade (65 ans), le facies, et l'amaigrissement progressif n'eussent ramené dans la voie du bon

sens clinique : c'était, de fait, un gros cancer du cæcum, sans adhérences.

B. *d'autres tumeurs sont petites*, en plaque indurée, fixe, qui rappelle parfois, à première vue, une masse appendicitaire chronique — ou sous forme d'un noyau mobile, ou qui paraît mobile, et se déplace sous le doigt. Je rappellerai les petits cancers, invaginés, de la fin de l'iléon.

En dehors de ces tumeurs bien connues, il vous arrivera de ren-



FIG. 291. — Exploration d'une grosse tumeur du cæcum.

contrer des *néoplasmes « anormaux » de la fosse iliaque*, rares, mais qui valent d'être signalés.

La grosse masse représentée figure 291 nous avait paru être, à l'exploration, un cancer du cæcum, diffusé, adhérent, engainé, sans doute, et doublé d'épiploon et d'anses grêles. L'examen radioscopique ne donna rien de net; et, pendant les quelques jours d'étude préliminaire, nous fûmes surpris de voir la masse grossir « à vue d'œil », et proéminer de plus en plus.

Le malade — un homme de quarante ans — ne souffrait nullement et n'avait aucun trouble fonctionnel; mais il se cachectisait rapidement. J'intervins, et je trouvai un bloc mollasse, friable, rougeâtre, qui remplissait et débordait la fosse iliaque; je l'excisai à la curette; la paroi cæcale et l'appendice étaient indemnes. L'examen histologique

démontra le **sarcome** à petites cellules. Dès que la plaie fut réunie, la radiothérapie fut instituée et poursuivie; mais la cachexie se prononça de plus en plus.

Je rappellerai encore deux autres *tumeurs* iliaques : le **pseudo-**

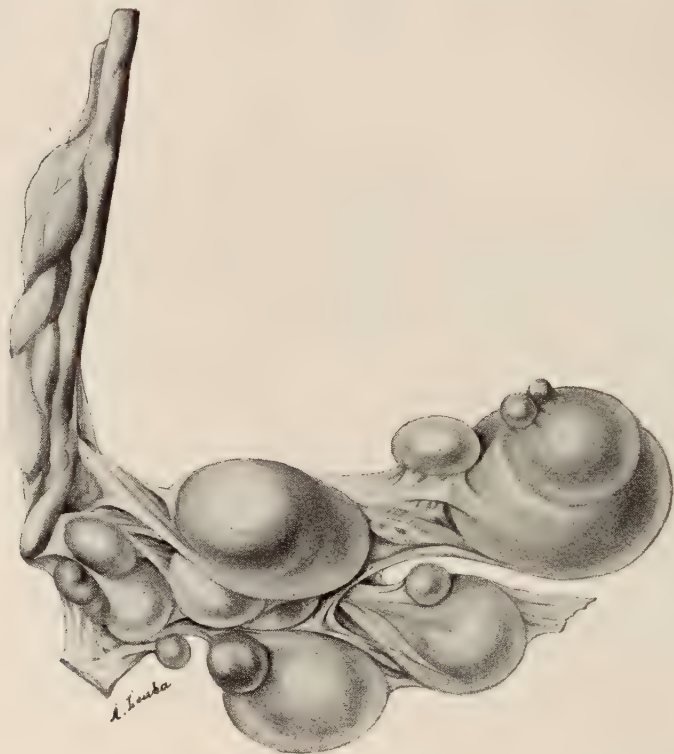


FIG. 291 bis. — *Pneumatose kystique de l'intestin; grappe de kystes péri-appendiculaires.*

myxome péritonéal, péri-appendiculaire, dont j'ai vu trois cas : l'appendice était entouré d'une gangue mucoïde, glutineuse, figurant une masse enkystée, ou répandue sans limites nettes jusqu'aux confins de la fosse iliaque; — la **pneumatose kystique de l'intestin**, dont la figure 291 bis est un exemple récent.

Dans ce dernier cas, j'étais intervenu, chez une femme de quarante-neuf ans, pour un gros fibrome utérin; je trouvai la fosse iliaque droite remplie de kystes, de tout volume, et de contenu gazeux. La figure 291 bis représente une volumineuse grappe kystique, extirpée avec l'appendice; le semis kystique recouvrait, d'ailleurs, le cæcum, le côlon ascendant, et les anses grêles voisines.

Ce sont de « grandes raretés »; on ne les diagnostique pas; mais il convient d'en être instruit, pour ne pas se laisser dérouter par les « surprises ».

Ajoutons qu'ici encore, comme à gauche (voy. *Flanc et fosse iliaque gauches*), une place est à faire aux « tumeurs » *extra-péritonéales de la fosse iliaque* : hématomes anciens; sarcomes musculo-aponévrotiques, osseux ou ganglionnaires; exostoses et ostéomes; adénopathies tuberculeuses; anévrysmes de l'iliaque externe.

Nous parlerons plus loin de la Psoïtis (voy. p. 257), et des abcès par congestion (Voy. *Rachis*.)

FOSSE ILIAQUE ET FLANC GAUCHES

Il y a des accidents inflammatoires du flanc et de la fosse iliaques gauches, qui rappellent de tout point ce qui se passe à droite : début brusque, douleurs, fièvre, réactions abdominales; plaque de « défense » dans la fosse iliaque et le flanc.

Pensez au *côlon* et à l'*anse sigmoïde*, et, tout de suite, si la « défense » s'étend, que la douleur superficielle se diffuse, qu'elle s'accompagne d'une haute température, d'un pouls qui s'accélère et faiblit, de vomissements répétés, rappelez-vous les **perforations sigmoïdiennes** et les péritonites consécutives.

Ces perforations, qui ont pour siège habituel les diverticules, aujourd'hui bien connus, de l'S iliaque, ne doivent pas être tenues pour des éventualités tout exceptionnelles, pas plus, d'ailleurs, que les perforations coliques, des angles, et du cæcum : j'en vois chaque année des exemples.

Beaucoup plus souvent, vous aurez affaire à la **sigmoïdite stercorale**, d'évolution généralement bénigne et curable, et qui s'entoure, d'ordinaire, d'une enveloppe de *péri-sigmoïdite*, plus ou moins épaisse et diffuse. Il en résulte qu'au bout de quelques jours, et quand les accidents aigus initiaux se sont atténués, c'est un « plastron » que l'on découvre, un plastron allongé, « en boudin », et qui demande à être examiné et suivi, comme les plastrons iliaques droits.

Il peut se réduire, s'affaïsser, se résorber plus ou moins vite, sans créer de complications; ou bien, la suppuration se produit, et peu à peu vous dépistez l'abcès.

Ailleurs, vous vous trouvez en présence, d'emblée, d'un **abcès péri-colique**, dans le flanc, ou d'une **péri-sigmoïdite suppurée**, dans la fosse iliaque.

L'**abcès péri-colique** est rare dans sa forme typique, il ne fuse pas dans la fosse iliaque : il recouvre et engaine, d'une voussure mate, épaisse, sans fluctuation franche, parfois, mais de surface œdémateuse, la paroi antérieure du côlon descendant. On se gardera de le con-

fondre avec un abcès périnéphrétique à développement antérieur, un de ces abcès pré-rénaux, dont nous parlerons bientôt (voy. *Rein*) : ces abcès-là sont rétro-coliques, et l'on retrouve, au-devant d'eux, plus ou moins réduite, suivant le volume du relief et la compression qu'il exerce, la sonorité du côlon — qu'on pourrait, d'ailleurs, insuffler, dans les cas douteux.

Quant à la **péri-sigmoïdite suppurée**, à l'abcès péri-sigmoïdien, il occupe la fosse iliaque, en dehors, s'y étale, d'ailleurs, plus ou moins,

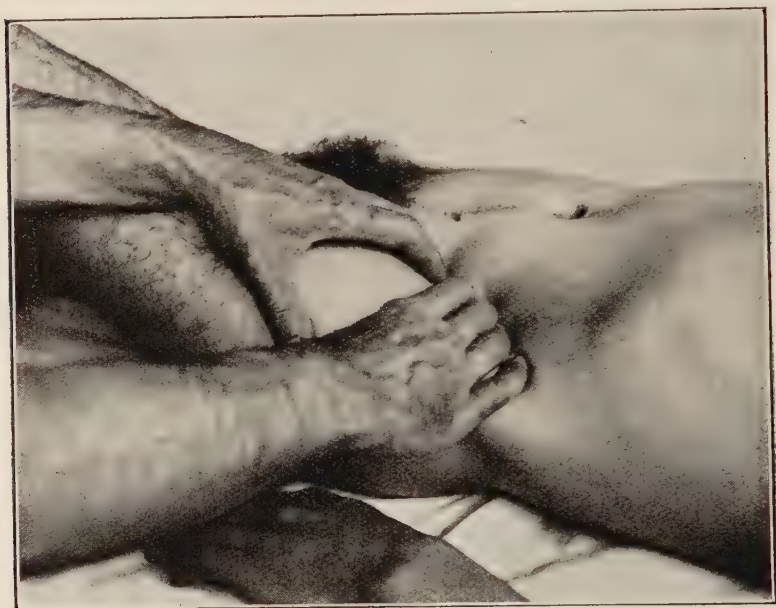


FIG. 292. — Palper de la fosse iliaque gauche, lors de sigmo-péri-sigmoïdite et d'abcès péri-sigmoïdien.

remonte parfois dans le flanc, à telle ou telle hauteur, et surtout descend et se prolonge vers l'excavation pelvienne. J'ai ouvert, il y a déjà bien longtemps, par colpotomie, un abcès du cul-de-sac postérieur, qui paraissait nettement d'origine annexielle, d'autant plus que les accidents, d'abord aigus et fébriles, avaient suivi de près une période puerpérale; on ne trouvait qu'un peu de douleur et une légère tuméfaction profonde en bas de la fosse iliaque gauche. Ultérieurement, les phénomènes s'accrurent de ce côté, la fièvre persista; je pratiquai une incision iliaque externe, et j'ouvris un vaste foyer latéro et surtout postéro-sigmoïdien, qui fusait en bas, dans le bassin, vers la brèche de colpotomie.

Le mode d'exploration, représenté figure 292, s'applique bien à ces abcès péri-sigmoïdiens, et, d'une façon générale, aux sigmoïdites. Vous

palpez de dedans en dehors, votre main gauche encerclant la masse entre les doigts et le pouce, pendant que la main droite l'immobilise et la circonscrit par en haut. De la sorte, vos deux mains, sont bien placées pour rechercher la fluctuation profonde, souvent malaisée à reconnaître; et vous pouvez, au mieux, reconnaître le *phlegmon*, l'*abcès rétro-sigmoïdien*, qui, parfois, ne se manifestent encore que par une étroite bandelette, à la limite externe de la fosse iliaque.

Il y a, en effet, des **abcès péri-sigmoïdiens antérieurs**, qui saillent à la paroi iliaque; — des abcès **externes**, qui dessinent une voussure à la

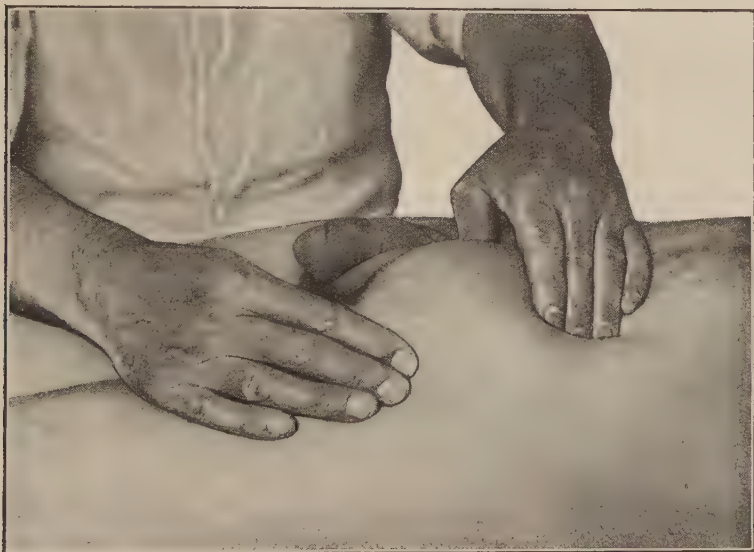


FIG. 293. — *Abcès de la fosse iliaque gauche.* — En recherchant la fluctuation de haut en bas, on délimite la poche suppurée, par en haut.

partie externe de la fosse iliaque, en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, et qui, eux aussi, se révèlent assez largement à la paroi. Ces collections sont d'un diagnostic assez facile; il n'en est pas de même des abcès **postérieurs**, qui, d'autre part, sont d'une fréquence relativement grande, et qu'on a tout intérêt à repérer et à ouvrir de bonne heure, et cela, pour prévenir les diffusions déclives, dont nous relations plus haut un exemple, et parce que l'évacuation de l'abcès dans l'intestin est loin d'être le dénouement heureux et de tout repos, dont on a trop parlé. J'ai vu et traité des fosses iliaques gauches, fistuleuses (et il s'agissait de fistules stercorales), à la suite de ces péri-sigmoïdites suppurées, à foyer postérieur, méconnues, ouvertes dans l'intestin, mais qui avaient donné lieu, secondairement, à un foyer pyo-stercoral, ouvert à la paroi.

Bien entendu, vous ne manquerez jamais de pratiquer le toucher

vaginal et le toucher rectal, — pour rechercher les fusées descendantes, dont nous venons de parler.

A côté de ces abcès péri-sigmoïdiens, il convient de rappeler le **gros abcès typique de la fosse iliaque**, post-puerpéral, ou procédant d'une infection utérine par avortement (j'en ai vu plusieurs exemples), beaucoup plus rarement d'une suppuration annexielle. Ici, la fosse iliaque est remplie et distendue, tout entière, saillante et fluctuante (fig. 293), et le diagnostic s'impose.

N'oubliez pas, toutefois, que vous ne trouverez pas toujours une



FIG. 294. — Flexion de la cuisse, dans un abcès de la fosse iliaque. — Aspect de psoïtis (dès que l'on cherche à étendre, la région lombaire s'excave, et la douleur s'accuse).

pareille collection apparente : vous verrez des fosses iliaques occupées tout entières par un vaste « plastron », empâtées, presque dures, où la fluctuation profonde se décèle très mal. N'attendez pas la fluctuation nette : s'il y a de la douleur aiguë, persistante ; s'il y a de la fièvre (souvent à grandes oscillations) ; s'il y a un peu d'œdème, à la paroi iliaque, concluez à l'abcès profond, incisez.

La flexion de la cuisse (fig. 294) s'observe souvent dans ces suppurations iliaques, et, tout naturellement, on dit : *psoïtis*. Or, la psoïtis doit être tenue pour très rare, et fort heureusement, car elle est d'une gravité particulière. Contracture du psoas, au contact d'un foyer inflammatoire (comme le fait s'observe en toute région) : telle est l'interprétation exacte, dans la plupart des cas ; et, l'abcès ouvert, la cuisse s'étend peu à peu, au moins, si l'incision n'a pas trop tardé, et que l'on s'inquiète, de bonne heure, d'assouplir et de mobiliser le membre rétracté.

✓ Dans la **psoïtis**, la flexion de la cuisse se prononce de plus en plus, jusqu'à l'angle droit, et au delà; vous constatez, en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, une « bande » ascendante, douloureuse, ferme, tendue, ramollie et fluctuante, à une période plus avancée; le reste de la fosse iliaque est libre. Il y a toujours, enfin, une douleur lombaire, des plus marquées, et qui s'exagère, au moindre essai d'extension de la cuisse. La fièvre est élevée, et les accidents d'infection générale alarmants.

On devra, du reste, examiner toujours, avec grand soin, la **région lombaire déclive** (au-dessus de la crête en arrière), dans les phlegmons iliaques, et lorsque, sans rien constater de net en avant, on trouve la cuisse en flexion. Il y a des abcès de la fosse iliaque, qui se prolongent en arrière, dans la région lombaire déclive, ou iléo-lombaire; il y a des abcès iléo-lombaires isolés, péri-colitiques le plus souvent, et qu'il faut reconnaître et inciser au-dessus de la crête, en arrière.

Signalons encore l'**adéno-phlegmon iliaque** d'emblée: il succède d'ordinaire à quelque inoculation septique du membre inférieur (piqûres, petites plaies, furoncles, etc.), l'infection transmise ayant brûlé l'étape des ganglions inguino-cruraux, pour se localiser d'emblée dans les ganglions iliaques. C'est un accident relativement rare, mais qui se traduit parfois par de volumineuses collections.

Les *foyers inflammatoires péri-sigmoïdiens* peuvent s'indurer, s'immobiliser, et figurer de véritables **tumeurs**, qu'il faut bien connaître.

Vous trouverez encore, dans le flanc, et surtout la fosse iliaque gauche, des « **tumeurs stercorales** », d'aspect souvent très décevant.

Vous y trouverez enfin le **cancer** et la **tuberculose du côlon ascendant et de l'anse sigmoïde**.

Comment explorer?

Avec les deux mains, disposées comme figure 295, qui plongent, du bout des doigts, sur le bord externe du droit, et qui encadrent le contenu du flanc et de la fosse iliaque, palpez de dedans en dehors; commencez tout en haut, sous les fausses côtes, et descendez lentement, pendant que les deux mains cheminent et se suivent, sans se relever.

Vous sentirez tout de suite, dans certains cas, une grosse masse bosselée, qui « forme tumeur » dans la fosse iliaque, et, parfois, remonte tout le long du côlon ascendant. Que le volume même de cette masse vous mette en défiance: comprimez-la, et vous vous rendrez compte qu'elle se déprime en godets et même se fragmente sous vos doigts:

tumeur stercorale, constipation invétérée, avec agglomération de matières fécales, séchées et durcies.

Elle est peut-être seule en cause, sans lésion (sténose cicatricielle, cancéreuse ou tuberculeuse) de la paroi colique; toutefois, ne concluez pas, avant que soit évacué (lavements huileux, huile de ricin à doses fractionnées, hypophyse B) cet amas de matières, et que vous puissiez reprendre et compléter l'examen sur un intestin libre.

Ces *blocs stercoraux* sont parfois d'une dureté particulière, et qui peut en imposer, d'autant plus que la constipation ancienne et les résorptions toxiques intestinales ont pu entraîner une véritable



FIG. 295. — *Palper du flanc et de la fosse iliaque gauches, de haut en bas et de dedans en dehors.*

déchéance de l'état général, et que des hémorragies rectales, d'origine hémorroïdale profonde, ont pu se produire et se répéter.

Je garde le souvenir d'un homme au teint jaunâtre, d'aspect cachectique, amaigri, qui m'était envoyé par un médecin fort instruit, pour un gros cancer de l'S iliaque, et aux fins d'anus contre nature. Je fus sur le point d'admettre ce diagnostic, le malade signalant, de plus, une série de petites hémorragies rectales; pourtant, je fus surpris qu'un néoplasme de pareil volume fût resté parfaitement mobile, sans la moindre trace d'infiltration mésocolique; je fis administrer l'huile de ricin, deux jours de suite, et pratiquer de grands lavements huileux: la débâcle survint; elle fut considérable, et dut être complétée par « l'accouchement », à la main, de grosses « pierres » stercorales; finalement la tumeur disparut, l'examen ultérieur fut négatif, et j'ai revu cet homme, longtemps après, en excellente santé.

Ailleurs, c'est bien une tumeur, un néoplasme, que vous découvrez, une grosse tumeur, saillante parfois, sphéroïde ou allongée, bosselée,

dure : un cancer du côlon (fig. 296) ou de l'anse sigmoïde (fig. 297). Il reste à en préciser, par les manœuvres que nous allons figurer les contours et la mobilité.

Mais, d'autres fois, bien qu'il s'agisse encore de cancer, il n'y a pas de tumeur apparente, et qui se révèle d'emblée sous la main. C'est **au palper**, pratiqué comme figure 295, et minutieusement, que vous finirez par découvrir une plaque, un anneau de consistance plus ou moins indu-

quée. Il arrive encore que vous sentiez, sous vos doigts qui explorent, une sorte de cylindre qui se délimite et durcit, pendant que vous sentez également, et quelquefois entendez, une poussée gazeuse : c'est la paroi colique, qui se contracte au-dessus d'un obstacle, d'une *sténose, néoplasique ou autre*. Signe de valeur, mais, bien entendu, dans les conditions que nous venons de rappeler, le palper ne fournit que des indications préliminaires, et c'est à la radioscopie de conclure.

Dans l'une ou l'autre de ces formes cliniques, il y aura lieu parfois, de soulever l'hypothèse de **tuberculose**, tuberculose localisée, en plaque ulcérée, unique ou multiple; tuberculose *hypertrophique*, figurant de grosses tumeurs, dont le volume s'accroît encore d'une épaisse gaine scléro-lipomateuse.

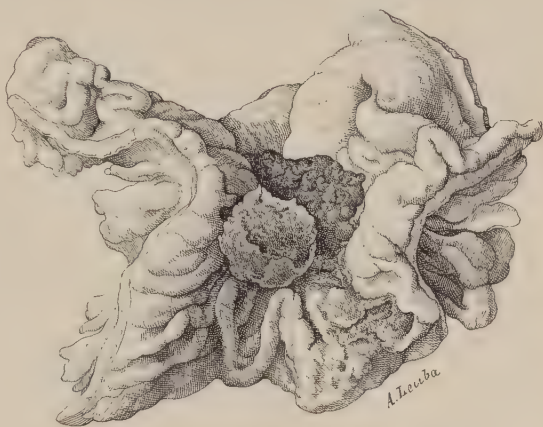


FIG. 296. — Cancer du côlon descendant (résection).



FIG. 297. — Cancer de l'anse sigmoïde (résection).

Les tuberculoses *sigmoïdiennes* ressemblent parfois singulièrement au cancer, et les données de la palpation, pour intéressantes qu'elles soient, ne suffisent pas à établir un diagnostic ferme.

Une autre éventualité se présente encore : vous trouvez la fosse iliaque gauche occupée, blindée, par une sorte de gangue épaisse, ferme, plaquée sur la paroi iliaque profonde, souvent adhérente aussi à la paroi antérieure, sans bosselure ou peu bosselée; la consistance en est parfois inégale, dure par places, rénitente, presque molle, ou même nettement ramollie et fluctuante en quelques points.



FIG. 298. — Palper d'une tumeur du flanc et de la fosse iliaque gauches. — Refoulement du dedans en dehors.

A quoi penser? — A une **tuberculose sigmoïdienne diffusée**, ramollie et suppurée — et même, si la masse principale est d'une induration particulière, au **cancer adhérent, infiltré et abcédé** (Voy. p. 233).

Mais une place — et une place relativement large — sera toujours à réserver à la **tumeur inflammatoire chronique**, sigmo-péri-sigmoïdienne, à la péri-sigmoïdite chronique.

Il n'est pas besoin de rappeler que le diagnostic, dans ces cas d'interprétation si complexe, doit être étayé sur de multiples procédés d'exploration clinique; l'examen physique, à la main, assure pourtant de précieux éléments, et c'est pour cela qu'il vaut toujours d'être pratiqué — et répété — méthodiquement.

Ce que l'on cherche, ce sont les *limites* de la tumeur — la *mobilité* — et, par les manœuvres utilisées à cette double fin, on apprécie en même temps la *surface*, la *consistance*, la *sensibilité*.



FIG. 299. — Palper d'une tumeur du flanc et de la fosse iliaque gauches. — Refoulement de bas en haut.

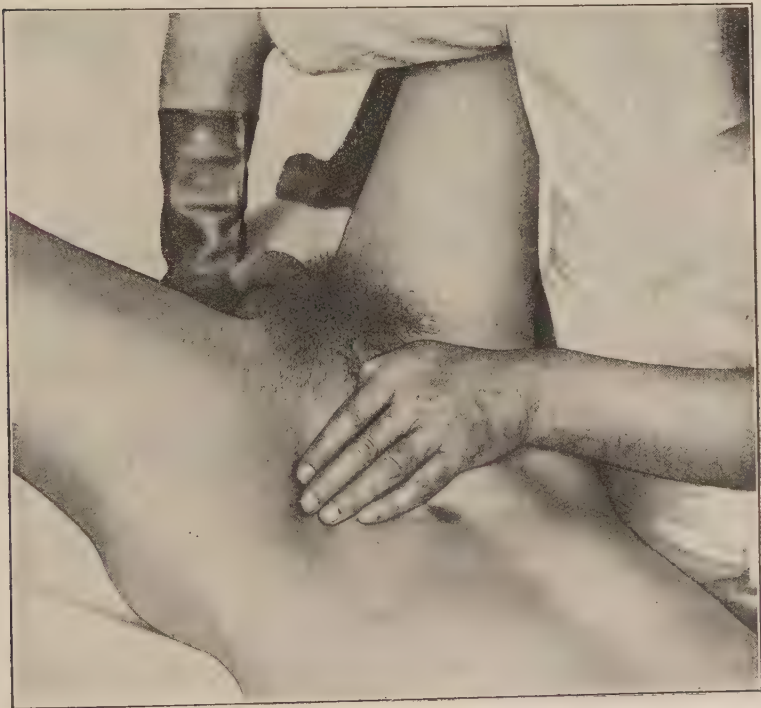


FIG. 300. — Palper, en position inclinée, avec toucher rectal, d'une tumeur de la fosse iliaque gauche.

La palpation représentée figure 295 vous a démontré une tumeur : cherchez à en délimiter le bord interne, à en apprécier la mobilité transversale, par la manœuvre représentée figure 298 : placez-vous à droite; du pouce gauche et de la main droite, déprimez la paroi non loin de la ligne médiane, et refoulez la tumeur *de dedans en dehors*.

Cherchez à « passer dessous », maintenant, et, si vos doigts pénètrent, complétez l'épreuve du *palper déclive* (fig. 299), en relevant la tumeur de la main droite et du pouce gauche, que vous faites



FIG. 301. — Ballottement d'une tumeur colique haut située.

glisser, profondément, de bas en haut. Vous relèverez très haut, parfois, certains cancers du côlon descendant ou de la partie supérieure de l'anse sigmoïde, qui ont conservé une très grande mobilité dans le sens vertical et dans le sens transversal.

Mais, pour les cancers sigmoïdiens, en particulier, on se trouvera toujours bien de compléter l'exploration dans la *position inclinée*, comme figure 300, en pratiquant le toucher rectal : dans cette attitude, la tumeur se dégage du bassin, si elle est restée suffisamment mobile, et, de la main gauche, vous l'abaissez jusqu'à l'index « rectal », qui en palpe le pôle inférieur à travers la paroi du rectum, et vous en appréciez, de la sorte, la mobilité (Okynczie).

En haut, vous aurez à reconnaître le pôle supérieur de la masse, à voir s'il se laisse circonscrire, coiffer, abaisser, ou s'il remonte sous les fausses côtes, vers l'angle, sans déplacement possible. Vous pourrez encore, par cette manœuvre, constater parfois le *ballotement* pour les tumeurs coliques haut situées, voisines de l'angle (fig. 301) — comme l'a montré Hartmann.

Signalons, de plus, l'examen dans le *décubitus latéral droit*, qui,



FIG. 302. — Palper de la fosse iliaque gauche — avec contraction du psoas,

lui aussi, permet aux tumeurs haut situées de se dégager, et de se prêter au palper.

Enfin, pour certaines tumeurs basses, peu volumineuses, le *palper*, avec contraction du psoas (fig. 302), pourrait présenter quelques avantages; la cuisse est fléchie, jambe relevée, et le psoas, ainsi tendu, et rapproché de la paroi abdominale antérieure, ménage un bon *plan d'appui*, où la palpation trouve à s'exercer utilement.

Ici, comme à droite, nous rappellerons encore :

les *tumeurs rétro-péritonéales* : adénopathies de nature diverse, sarcomes de l'os iliaque; anévrysmes, etc. (Voy. plus loin).

Les *abcès froids*; les *abcès pottiques* (voy. *Rachis*); d'autres procèdent d'*ostéites tuberculeuses de l'aile iliaque ou du pubis*.

Enfin l'on peut observer dans le flanc, et descendant plus ou moins bas vers la fosse iliaque, de grosses suppurations froides, d'origine *costale* ou *vertébrale*.

Je voudrais, à ce propos, rappeler un curieux exemple, que j'ai suivi pendant deux ans, et qui témoigne de la complexité particulière du diagnostic, en certains cas.

Je suis appelé à voir, en juillet 1919, un homme de quarante-cinq ans, grand, maigre et pâle, qui souffre du flanc et de la fosse iliaque gauches, depuis plusieurs mois. On lui a pratiqué, il y a dix ans, l'ablation du testicule gauche, pour tuberculose; mais il n'a jamais eu d'accidents pulmonaires, et, depuis lors, sa santé générale était très satisfaisante, lorsque, sans cause appréciable, le flanc gauche est devenu douloureux. Douleur et masse profonde : une série de consultants sont intervenus; les interprétations — et les traitements — ont varié, en se succédant. Toujours est-il que la « masse » a grossi, qu'elle « forme bosse » en avant, qu'elle est très mal limitée, ferme, compacte, fixe; que la fièvre, à grandes oscillations, s'est établie, et que l'état général est gravement compromis. En palpant cette masse, on finit par reconnaître une certaine fluctuation profonde; il y a même un peu d'œdème, tout en bas, à la paroi. L'incision donne issue à une grande quantité de pus, d'odeur intestinale, et le doigt pénètre dans une vaste cavité, qui remonte haut, et qui siège tout en dehors, dans la fosse iliaque et le flanc. Péri-sigmoïdite suppurée? C'est l'hypothèse la plus probable.

La température tombe, et, après une série d'incidents que je passe, l'état local et général s'améliorent notablement; il reste, pourtant, deux fistules, et un long trajet. Le malade part, en fin de traitement, dans une ville méditerranéenne; il y est traité par un chirurgien de grande valeur, qui conclut à un calcul du rein gauche; une radiographie, qui nous est envoyée, ne laisse pas que d'être assez troublante, sans rien de net, pourtant.

Notre opéré revient à Paris; je le réopère : en suivant le trajet fistuleux, par un débridement progressif de la paroi, je suis conduit, non sur le rein, mais sur une apophyse transverse (1^{re} lombaire, semble-t-il), qui apparaît, dénudée et nécrosée. L'apophyse est réséquée, non sans peine, et tout le foyer largement curetté. Cette fois, le résultat fut, de tout point, heureux, et la guérison, très lente, n'en fut pas moins obtenue.

RÉGION HYPOGASTRIQUE

Le nombre est grand des tumeurs, liquides ou solides, de l'abdomen, qui font relief à l'hypogastre : tumeurs descendant des étages supérieurs du ventre ou émergeant du bassin; mais, le plus souvent, un examen simple en dénonce l'origine.

Les **tumeurs proprement dites de l'hypogastre** sont celles qui restent incluses dans la région sus-pubienne, qui ne se déplacent pas, et qui paraissent, tout au moins, nettement cantonnées à cette zone; qu'elles y soient nées, ou qu'elles procèdent des régions ambiantes, elles y ont pris dès le début et poursuivi leur développement, et, dès lors, revêtent un caractère régional.

Le *relief* proéminent, *sus-pubien*, est souvent des plus frappants. Bien entendu, il faut toujours penser à la vessie, à la *réten-tion d'urine* méconnue (miction par regorgement), aux rétentions incomplètes chroniques. J'ai rapporté ailleurs que je fus un jour appelé d'urgence pour inciser « un gros abcès de Retzius », qui disparut après un cathétérisme et l'évacuation de plusieurs litres d'urine; je pourrais citer maint exemple analogue, et les erreurs se commettent surtout lors de vessies incomplètement distendues et qui se vident mal. Pratiquement, une règle générale est à dégager : il faut toujours, avant tout, s'assurer de l'évacuation vésicale. — Et, cela dit, je n'ai besoin que de rappeler encore l'*utérus gravide*.

Mais toute confusion est prévenue, et vous vous trouvez en présence d'une volumineuse tumeur liquide, sus-pubienne, en relief, analogue à celle que représente les figures 303 et 305.

C'est un **abcès** ou un **kyste**.

ABCÈS HYPOGASTRIQUES. — La figure 303 reproduit le type « morphologique » de l'**abcès pré-vésical de Retzius**.

Péri-cystite suppurée antérieure, adéno-phlegmon pré-vésical, consécutif à telle ou telle lésion de la vessie, du col ou de l'urètre : telle en est la pathogénie habituelle; mais ce n'est pas la seule, et d'autres abcès peuvent affecter le même siège et le même aspect, qui relèvent d'une toute autre origine.

Il y a des *annexites suppurées* et des abcès pelvi-péritoniques, péri-

annexiels, qui se localisent en avant, dans la loge pré-pubienne ; on voit encore des collections de ce genre dans certaines infections puerpérales ;

Il y a des *abcès appendiciteux* (appendice déclive, long, adhérent aux annexes), qui se développent dans la même zone et figurent une pareille tumeur hypogastrique saillante ;

Il y a enfin des *abcès de Retzius*, qui ne sont autre chose que des *péri-sigmoïdites suppurées* ; j'en ai rapporté des exemples, avec M. Guillaume Louis, et, dans un cas, j'ai pu, par la cavité de l'abcès, repérer la paroi sigmoïdienne, épaissie et phlegmoneuse.

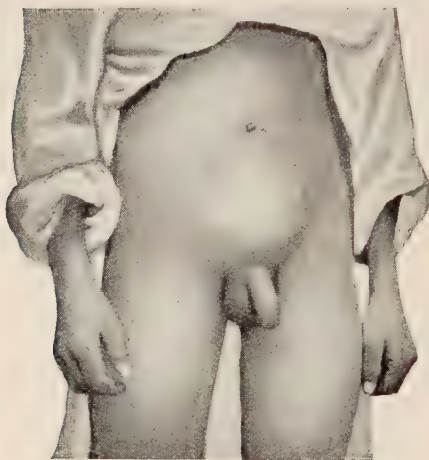


FIG. 303. — *Abcès pré-vésical de Retzius.*

L'évolution de ces collections suppurées n'est pas, du reste, toujours la même : elle peut être aiguë, fébrile, douloureuse, et cela surtout, lors d'abcès annexiels, puerpéraux, appendiciteux, péri-sigmoïdiens ; ailleurs les accidents sont atténués ou régressent vite, après la poussée initiale, bien que l'abcès continue à grossir : ainsi en fut-il chez le malade représenté figure 303 qui souffrait à peine, se tenait debout et marchait.

Vous pourrez voir, d'autre part, des **abcès sus-pubiens**, qui, occupant le plan pré-péritonéal, en arrière de la paroi, dessinent un relief médian et convexe, comme les abcès de Retzius, bien que le volume en soit moindre, d'ordinaire. Ils naissent du pubis, et de ses branches, et procèdent soit de l'*ostéomyélite pubienne*, aiguë ou chronique, soit de la *tuberculose*.

Dans ce dernier cas, le foyer originel d'ostéite tuberculeuse est cantonné parfois à la face postérieure de l'os, et, lorsqu'un gros abcès médian, ascendant, s'est développé au-dessus de lui, il peut susciter des difficultés d'interprétation, par ses analogies avec les collections subaiguës dont nous parlions tout à l'heure. Chez un malade récemment observé, l'examen, par palper et pression, de la face antérieure du pubis, et des branches, restait négatif, et la tension de la grosse poche, sus-jacente, enrayait tout essai de palper rétro-pubien : à l'incision, j'ouvris un abcès froid rétro-pariétal, qui se prolongeait bas derrière la symphyse, et je découvris une plaque d'ostéite tuberculeuse, tout en arrière et en bas.

Devant ces abcès hypogastriques, le *palper sus-pubien avec toucher rectal* (fig. 304) sera toujours à pratiquer : il servira à préciser le siège pré-vésical de la collection, et à en déterminer les contours latéraux, et les atténuances appendiculaires, annexielles, sigmoïdiennes ; bien entendu, le toucher vaginal ne manquera jamais.

KYSTES HYPOGASTRIQUES. — On peut rencontrer aussi, à la région hypogastrique et sous la forme représentée figure 305, de gros



FIG. 304. — *Palper hypogastrique et toucher rectal.*

kystes, nettement médians et sus-pubiens, et rappelant de tout point, par leurs apparences, ces collections de l'espace de Retzius, étudiées tout à l'heure.

De quels kystes s'agit-il ?

De **kystes de l'ovaire**, parfois, prolapsés, « tout jeunes », dans le cul-de-sac anté-utérin, et qui ont grandi là peu à peu, adhérents et enclavés. Ils ne bougent pas, sous la pression des deux mains, ni dans la position inclinée : ce sont des tumeurs nettement pré-vésicales, et ce n'est qu'au toucher vaginal ou rectal, qu'on réussit quelquefois à déceler une bride latérale, un tractus incurvé, qui fait entrevoir leurs connexions annexielles.

Ce sont, assez souvent, des **kystes dermoïdes** et je rappellerai, à titre de curiosité, le fait suivant. Chez une femme de vingt-huit ans,

que j'observai avec mon regretté ami Launois, j'avais constaté, sept ans avant, une petite tumeur, du volume d'une noix, au-devant de l'isthme utérin, — que j'avais prise pour un fibrome. Depuis lors, aucun accident n'était survenu, et deux accouchements à terme s'étaient succédé, lorsque des troubles vésicaux, mictions fréquentes et douloureuses, urines troubles, avaient paru, et que, finalement, plusieurs mèches de cheveux avaient été expulsées par l'urètre.

On trouvait alors, dans la région hypogastrique, la grosse tumeur, rouge et fluctuante, représentée figure 306 : c'était un kyste dermoïde suppuré de l'ovaire, qui communiquait, d'une part, avec la vessie, et, de l'autre, avait « traversé » la paroi abdominale, et faisait relief sous la peau. J'ajoute que le toucher vaginal avait fourni un précieux appoint au diagnostic, en montrant, dans le cul-de-sac antérieur, une grosse masse épaisse et pâteuse, qui se continuait avec la tumeur sus-pubienne.

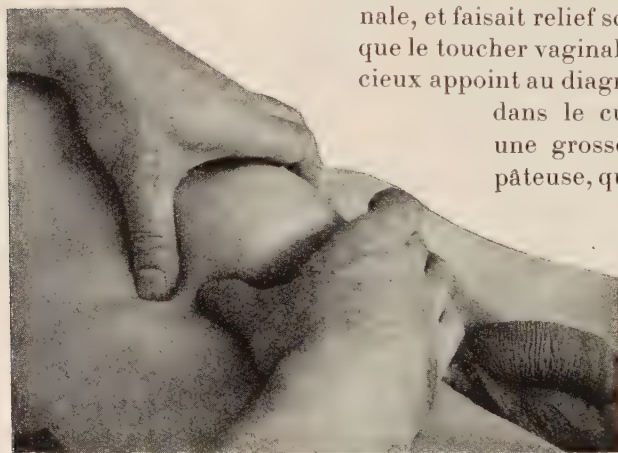


FIG. 305. — Gros kyste hydatique rétro-vésical.

L'exploration du bassin, par le toucher vaginal, et rectal, est encore très démonstrative, dans une autre variété de kystes, qui dessinent un relief sus-pubien des mieux caractérisés, mais qui naissent derrière la vessie, la coiffent et la dépriment, et se développent au-devant d'elle : je veux parler des **kystes hydatiques rétro-vésicaux**. Ils sont rares, sans doute : j'en ai pourtant vu et opéré trois cas.

Chez mon premier malade, un homme de trente-cinq ans, l'aspect extérieur reproduisait exactement celui de la figure 305, mais, par le toucher rectal, on sentait une volumineuse voussure, qui soulevait la paroi antérieure; le doigt « rectal » et la main « sus-pubienne » (fig. 304) se renvoyaient, je ne dis pas une fluctuation franche, mais des vibrations de poche liquide tendue; de plus, la réaction de Weinberg fut positive — et le diagnostic confirmé à l'intervention. — Il y avait là une énorme poche, bourrée de vésicules, qui remplissait tout le bassin, et se prolongeait en arrière, très bas, au-devant du rectum; la vessie était affaissée et aplatie sous le kyste. Il fut vidé, capitonné et réuni. Une petite récidive pariétale fut opérée deux ans après : depuis huit ans, la guérison se maintient complète.

Chez une jeune fille de dix-neuf ans, la tumeur remontait jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic, et le cul-de-sac postérieur était rempli par une masse volumineuse, qui descendait jusqu'à mi-hauteur de la paroi vaginale correspondante.

Enfin la figure 307 représente notre dernier fait, qui date de 1921 : il s'agissait d'un kyste hydatique rétro-vésical, opéré dans un autre hôpital, deux ans auparavant, et récidivé ; la cicatrice sus-pubienne entravait un peu le développement antérieur de la poche, mais, au palper transversal (fig. 308), on délimitait nettement une grosse collection rénitente, « vibrante », que l'on retrouvait au toucher rectal.

Une nouvelle incision, dans la cicatrice, ouvrit une cavité irrégulière, ne contenant pas de



FIG. 306. — Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire, hernié sous la peau, à travers la paroi hypogastrique.



FIG. 307. — Gros kyste hydatique rétro-vésical, récidivé.

liquide, mais remplie de vésicules, et qui se prolongeait très loin, en arrière, sur les côtés du rectum.



FIG. 308. — Gros kyste hydatique rétro-vésical, récidivé : — palper transversal de la poche.



FIG. 309. — Palper sus-pubien en position inclinée.

Ces gros abcès ou ces gros kystes hypogastriques mis à part, il est indiqué d'explorer la région sus-pubienne dans de multiples conditions et, en particulier, dans les affections de la vessie et de la prostate.

Le palper bimanuel, avec index droit rectal et main gauche sus-pubienne, représenté figure 304, sera l'une des manœuvres d'élection : elle révèle la sensibilité du col vésical.

Elle permet donc de déceler un signe de cystite ou l'évacuation plus ou moins incomplète de la vessie ; elle permet d'apprécier l'état

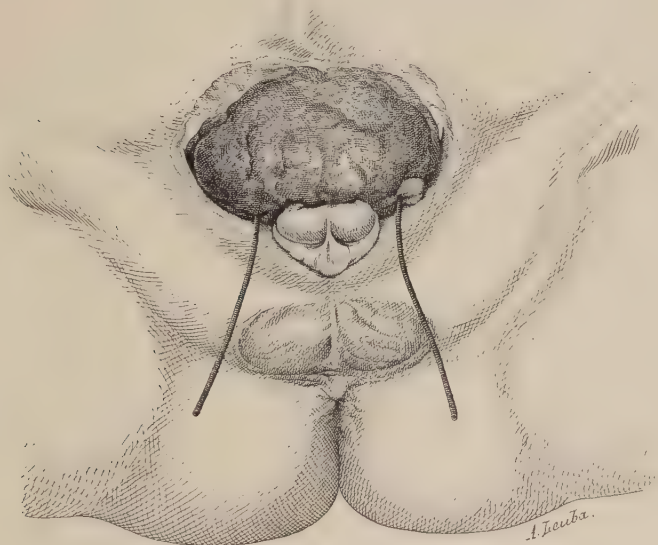


FIG. 310. — Exstrophie de la vessie.

du bas-fond, de repérer et de circonscrire, dans une mesure variable, les indurations de la paroi, les tumeurs de la vessie et de la prostate : (voy. plus loin. *Toucher prostatique*).

L'autre manœuvre, à utiliser toujours, également, c'est la palpation en position inclinée.

On la fera avec les deux mains appliquées en arcade au-dessus du pubis, et qui cherchent à « pénétrer » progressivement (fig. 309).

Par ce dernier procédé, on explore également, du mieux possible, le pubis, qu'on encadre, en glissant derrière, et l'on peut, de la sorte, reconnaître :

1° les **fractures récentes** du pubis, avec hématome postérieur ; les **fractures anciennes** avec cal difforme ; les **disjonctions de la symphyse** ;

2° les **tumeurs**, en particulier, le **sarcome** et la **gomme** du pubis.
Je voudrais ajouter encore, à titre documentaire, les figures 310 et

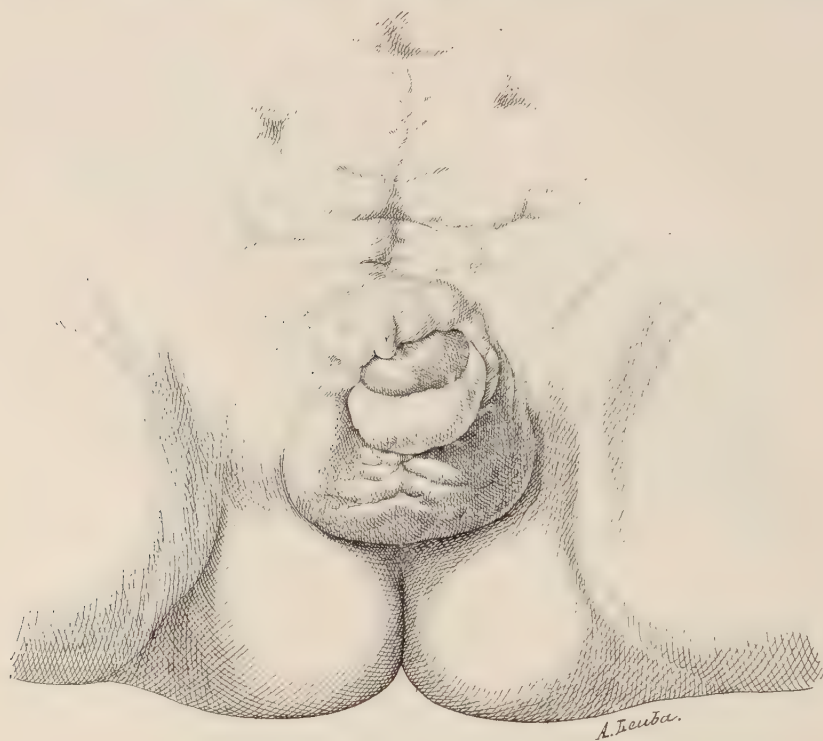


FIG. 310 bis. — Exstrophie de la vessie. Réparation opératoire.

310 bis : il s'agit d'une **exstrophie de la vessie**; deux petites bougies sont introduites dans les orifices urétériques et jalonnent les uretères.

REIN

Où est le rein? — Autrement dit, quelle est « l'aire pariétale », en arrière, où une plaie directe, perpendiculaire à la paroi, l'intéressera, si elle pénètre assez loin?

Le *quadrilatère de Morris* répond à cette question, et c'est pour cela qu'il vaut, en pratique, d'être retenu.

Il est fort simple, d'ailleurs, à tracer : mener une *horizontale supérieure* par la 11^e épine dorsale; — une *horizontale inférieure* par la 3^e épine lombaire; — une *verticale interne*, à 2 centimètres et demi (un peu plus de la phalangette de l'index); — une *verticale externe*, à 8 centimètres et demi (un peu moins de la longueur totale de l'index) de la ligne épineuse, médiane.

Le rein normal est inclus dans ce quadrilatère, ce qui revient à dire qu'il est encerclé par les 11^e et 12^e côtes, par les insertions déclives du diaphragme et le sinus costo-diaphragmatique, et, plus bas, au-dessous de la 12^e côte, qu'il s'accole à l'épaisse paroi des lombes, sur la hauteur des trois premières vertèbres lombaires. Si l'exploration directe, de ce côté, est toujours imprécise, ce « contact », reconnu au palper antéro-postérieur, n'en devient pas moins, comme nous le verrons, un précieux élément de diagnostic.

En avant, le rein est recouvert par le côlon, ascendant à droite, descendant à gauche.

Le pôle inférieur, à gauche, ne déborde pas, à l'état normal, le plan sous-costal; à droite, il descend plus bas, jusqu'au voisinage du plan ombilical; il se mobilise nettement avec la respiration¹.

Cela posé, **COMMENT EXPLORER LE REIN**, lorsqu'il n'est le siège d'aucune « hypertrophie », d'aucune tumeur, liquide

1. Ai-je besoin d'ajouter que les reins sont obliques de haut en bas et de dedans en dehors, et que leur bord interne (avec le hile), tourné en avant, repose sur les apophyses transverses des trois premières lombaires. — Sain, le rein devient perceptible chez l'homme, dans 6, 8 p. 100 des cas; chez la femme, dans 30 p. 100 à gauche, 80 p. 100 à droite. Quoi qu'il en soit, lorsqu'on le sent nettement, c'est, en général, qu'il est « abaissé ou gros ».

ou solide, qui forme relief en avant et en dedans. Comment aller « à la découverte » du rein, du rein flottant, par exemple?

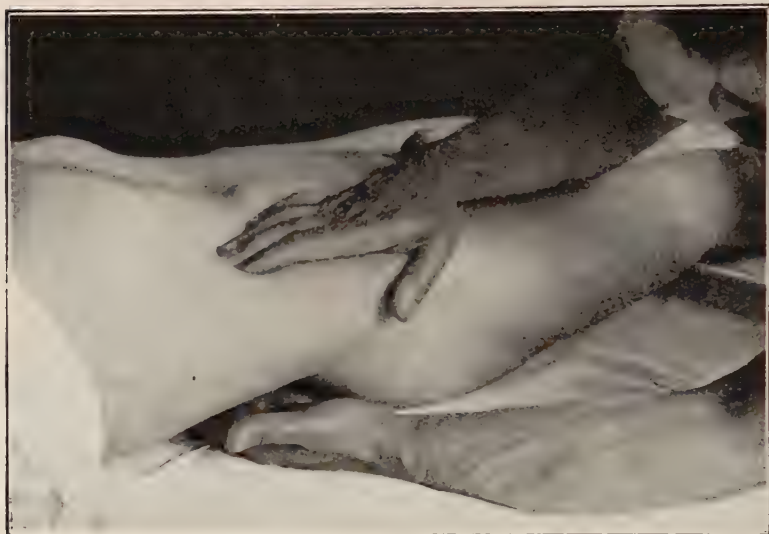


FIG. 311. — Palper du rein : procédé de Guyon — et recherche du ballottement.



FIG. 312. — Palper du rein, procédé de Glénard : le pouce gauche.

Notez bien que les techniques d'examen, qui vont être figurées, sont utilisables également dans les gros reins, dans les tumeurs rénales.

Le sujet étant placé dans le décubitus dorsal, la cuisse légèrement fléchie, appliquez l'une de vos mains dans la région lombaire, l'autre



FIG. 313. — Palper du rein : procédé de Glénard, appliqué du côté opposé.

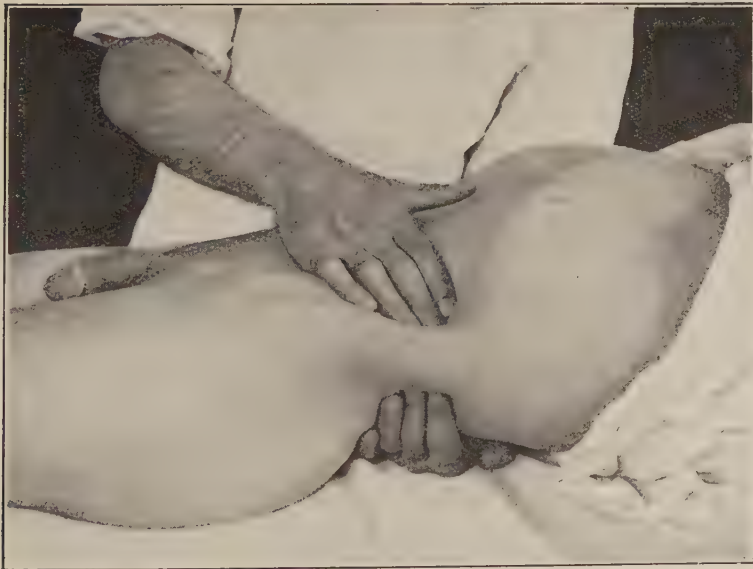


FIG. 314. — Palper du rein, aux deux mains, du côté opposé : procédé de Petit.

en avant (fig. 311) : vous sentirez le rein qui s'abaisse dans l'inspiration, et vous pourrez même le fixer, en position déclive, avec les doigts de la main « antérieure », qui dépriment la paroi.

C'est encore par ce procédé que vous apprécierez le **ballotement** (Guyon), lors de gros rein, et que, par de brèves pressions exercées en



FIG. 315. — Palper du rein dans le décubitus latéral, une main en avant, l'autre en arrière (Israël).



FIG. 316. — Palper du rein dans le décubitus latéral, les deux mains en avant.

avant, vous sentirez, en arrière, le choc du « contact lombaire ».

Répétez la même exploration par le **procédé de Glénard** (fig. 312) : la main postérieure n'est plus étalée sous la région lombaire ; les

doigts sont appliqués en arrière, mais le pouce est en avant, sous l'arcade costale, et c'est lui qui agit surtout, qui « guette » le rein, le perçoit, l'arrête.

Il nous a semblé, maintes fois, que le procédé de Glénard donnait



FIG. 317. — Rein tuberculeux calcifié : radiographie.

aussi d'excellents résultats, lorsqu'on se plaçait **du côté opposé** (fig. 313).

Du côté opposé encore, vous pourrez palper des deux mains, comme dans la **technique de Petit** (fig. 314).

Enfin, le palper **dans le décubitus latéral** sera également à utiliser, qu'il soit pratiqué comme figure 315 ou comme figure 316.

Il sera inutile, bien entendu, de recourir à ces modes successifs d'exploration, si l'un ou l'autre des deux premiers (procédé de Guyon, fig. 311, procédé de Glénard, fig. 312) vous fournissent des données

suffisantes, comme il arrive souvent dans le **rein flottant**; entre les deux mains ou l'une des mains et le pouce de l'autre, vous le sentez se déplacer dans les mouvements respiratoires, et vous réussissez parfois à l'encadrer par en haut, à la fin d'une grande inspiration, et à le maintenir tout entier prolabé; dès que vos mains cèdent, il remonte.

On cherchera toujours avec grand soin le rein flottant; s'il est gros et douloureux, on se méfiera; il n'est plus simplement ectopié, il est peut-être *ectopié et malade*. Et puis, l'on se souviendra des difficultés que l'on rencontre parfois dans le diagnostic du rein flottant et de l'appendicite chronique. La combinaison n'est pas rare; ailleurs il y a lieu de se demander, en l'absence de tout accident net, si les douleurs accusées procèdent du rein ou de l'appendice.



FIG. 318. — Rein tuberculeux calcifié : le rein extirpé.

Quand il s'agit d'un **GROS REIN** (néphrite chronique, pyélo-néphrite, tumeur ou tuberculose initiales), on parviendra exceptionnellement à l'énucléer de l'hypochondre et à le fixer, tout entier, en attitude prolabée — hormis le cas, où il serait le siège, à son pôle inférieur, d'une « tumeur » localisée, solide ou liquide. Mais les explorations plus haut figurées n'en révéleront pas moins le ballotement et le contact lom-

baire, et la zone de *sonorité colique antérieure*, ou l'insufflation du côlon, achèveront la démonstration, dans les reins de volume et de relief insuffisants, pour se dégager, en avant, de leur couverture intestinale. *Tumeur rétro-colique, qui ballotte, et qu'on sent nettement accolée à la région lombaire : c'est un rein.*

Vous en apprécierez également, par le palper, la surface et la consistance, et j'y reviendrai tout à l'heure; mais je voudrais rappeler ici une forme rare, mais fort curieuse, de ces reins de petit et moyen volume : le rein d'une dureté calcaire, bosselé, et qui fait penser d'abord à un énorme calcul. Celui qui est représenté figures 317 et 318 nous avait été envoyé avec le diagnostic de « calcul gigantesque du bassin »; le cathétérisme urétéral (aucune trace d'urine) et la

radiographie, pratiquée dans le service de notre collègue Marion, rectifièrent cette interprétation première; j'enlevai ce rein comme un corps étranger, dont le pédicule était réduit à quelques minces vaisseaux : c'était une tuberculose calcifiée.

Avec les caractères de surface et de consistance, le palper permet de relever encore la sensibilité douloureuse du rein : douleur locale, au contact, à la pression; douleur à distance, **points douloureux réno-pyélo-urétéraux**.

On a décrit toute une série de ces points douloureux : les suivants

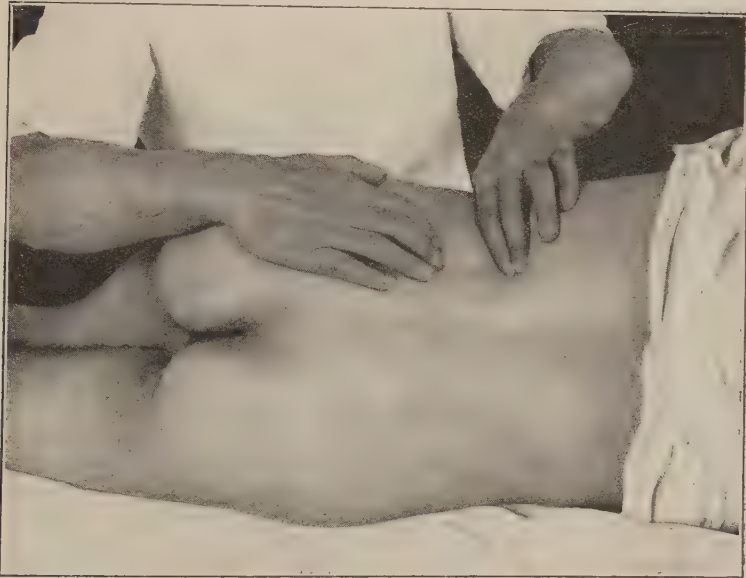


FIG. 319. — Recherche du point costo-musculaire.

seront toujours à rechercher. En arrière, le *point costo-vertébral* de Guyon, à l'angle de la 12^e côte et du rachis; le *point costo-musculaire* (fig. 319), à l'angle de la même côte et du bord externe de la masse sacro-lombaire. Retenez bien, que c'est là, **en arrière, le long de la 12^e côte**, et un peu au-dessous, qu'il vous faudra toujours explorer.

En avant, repérez les **points urétéraux**.

Par le « Mac Burney » (fig. 270), menez une verticale; à son croisement avec la ligne ombilicale, déprimez profondément la paroi, du bout de l'index : vous pourrez provoquer une douleur aiguë, irradiée en bas, vers la vessie, et qui s'accompagne d'une envie impérieuse d'uriner : c'est le *point urétéral supérieur*, ou *pyélo-urétéral*, ou *para-ombilical*, de Bazy.

Menez une verticale de l'épine pubienne; à sa rencontre avec la ligne bi-spinale (l'horizontale reliant les deux épines iliaques antéro-supérieures), pressez, comme tout à l'heure : *point urétéral moyen*, de Noël Hallé.

Il y a encore un *point urétéral inférieur*, qu'on détermine par le toucher rectal ou le toucher vaginal. Toucher rectal : allez très haut et débordez la vésicule séminale, puis ramenez la pulpe de l'index de dedans en dehors, et comprimez latéralement; — toucher vaginal :

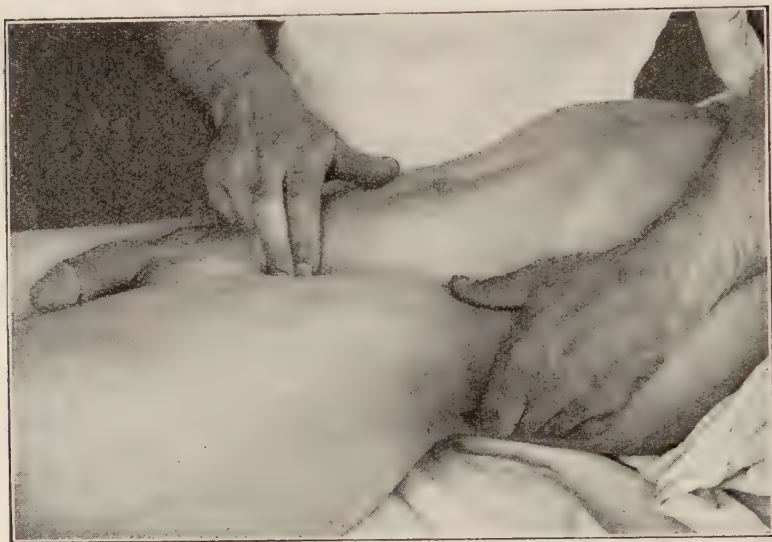


FIG. 320. — *Palper de l'urètre.*

comprimez le cul-de-sac latéral, en avant. Vous provoquerez, cette fois encore, douleur et envie d'uriner¹.

C'est au niveau de ces points, que l'on peut pratiquer le **palper de l'urètre**, et, en particulier, à l'entrée du bassin, sur la ligne bi-spinale, en dehors du droit (fig. 320).

Nous arrivons aux **TRÈS GROSSES TUMEURS**, aux tumeurs **liquides, kystiques**, d'abord.

A première vue, le siège latéral de la tumeur, dont le pôle inférieur finit *au-dessus du bassin* devient, lorsqu'elle n'est pas de volume considérable, un premier élément de diagnostic; mais les tumeurs énormes, comme l'hydronéphrose représentée figure 322 débordent largement du côté opposé, et, d'autre part, on en voit, qui pointent exactement sur la ligne médiane. Regardez la figure 321 : kyste de

1. Signalons, de plus, le *point sous-intra-épineux*, de Pasteau, qui correspond à l'émergence du fémoro-cutané, et qu'on recherche en pressant de l'index, sous l'épine iliaque antéro-supérieure et en dedans.

l'ovaire? C'était, du reste, avec ce diagnostic que la malade nous avait été adressée. Eh! bien, il s'agissait d'un gros kyste hydatique du rein droit, qui fut opéré, capitonné, fermé, et qui guérit.

Recherchez donc tout d'abord le *pôle inférieur* de la poche kystique, et assurez-vous qu'il est indépendant du bassin, qu'il vient d'en haut, qu'il descend; mais rappelez-vous que, dans ces tumeurs kystiques descendantes, figurent aussi des kystes hydatiques du foie, des kystes de la rate (qui, d'ordinaire, les uns et les autres, se déplacent dans



FIG. 321. — Gros kyste hydatique du rein droit, se présentant comme un kyste de l'ovaire.

les mouvements respiratoires), des kystes pancréatiques, et d'autres collections enkystées rares, que nous signalions plus haut (voy. *Hypochondres, Flancs, Aire centrale de l'abdomen*).

Suivez la tumeur de bas en haut entre les deux mains : vous relèverez, d'ordinaire, un *contact lombaire* large, parfois une saillie lombaire; et, si vous essayez de mobiliser la masse kystique, vous vous rendrez compte qu'elle se laisse très peu déplacer latéralement, qu'elle « tient » en arrière et en haut, ce qui témoigne de son origine rétro-péritonéale. Quant à la sonorité colique antérieure, il n'y faut que peu compter, surtout à droite (la rechercher pourtant, et pratiquer aussi l'insufflation), dans les énormes tumeurs proéminentes; à gauche, et en haut, on pourrait encore, assez souvent, reconnaître une zone sonore, en général, imprécise. J'ai à peine besoin de répéter ici, une fois de plus, que ce diagnostic initial devra toujours être complété et confirmé par la radioscopie et les examens spéciaux.

A quoi faut-il penser, cependant, devant une tumeur kystique de ce genre, et d'origine rénale au moins très probable?

A l'**hydronéphrose**, d'abord (fig. 322);

Au **kyste hydatique** du rein; (fig. 321) — aux *grands kystes séreux ou séro-hématiques*, dont nous avons rapporté des cas, autrefois, mais qui sont, en réalité, très rares;

Enfin à la **pyonéphrose**. Elle est d'ordinaire, plus latérale, moins grosse; mais elle peut affecter un semblable aspect et dessiner une pareille saillie. En tout cas, même si vous l'observez « à froid », vous réveillerez de la douleur à l'examen local, et aux points « à distance »

signalés plus haut (p. 279); vous retrouverez, dans un passé plus ou moins proche, des crises aiguës, douloureuses, fébriles; enfin, presque toujours, votre malade « pisse du pus ». J'ajoute que, même lorsqu'elle est de grand volume, la tumeur ne donne pas, au palper, la sensation de poche kystique à paroi mince et tendue, que la paroi en est, d'ordinaire, plus ferme et plus épaisse.



FIG. 322. — Volumineuse hydronéphrose du rein droit. Néphrectomie.

Ailleurs, c'est une grosse **tumeur solide**, que l'on constate à la région

rénale, et qui se caractérise par les signes d'exploration, plus haut étudiés (ballotement, sonorité colique antérieure, etc.).

Ces grosses tumeurs sont parfois lisses, régulières de surface, bien encapsulées, semble-t-il, mobiles même, dans une certaine mesure, et de consistance *rénitente*, *presque molle*, dans certains cas. Ces données du palper ne doivent pas faire éliminer le diagnostic de tumeur maligne. Chez l'enfant, l'adéno-sarcome du rein se présente assez souvent ainsi : la tumeur représentée figure 323 remplissait la moitié gauche de l'abdomen, et se terminait à la paroi par un relief volumineux. Il s'agissait d'un garçon de quinze ans, pâle, maigre, et d'aspect malingre; les examens ayant démontré l'intégrité du rein

droit, la néphrectomie fut pratiquée, et conduite très simplement, l'énorme masse se laissant décoller, énucléer, sans la moindre difficulté. C'était un sarcome, implanté sur le bord convexe du rein. Le résultat immédiat fut excellent, mais, avant la fin de la première année, la récurrence se montrait, récurrence péritonéale diffuse, qui ne tardait pas à être mortelle.

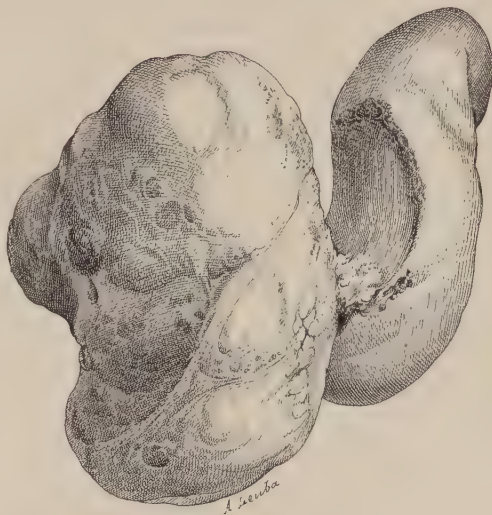


FIG. 323. — Adéno-sarcome du rein, chez un enfant. Néphrectomie.

Plus souvent, c'est une tumeur *plus ou moins dure*, bosselée ou non, que l'on découvre : **cancer du rein** (fig. 324). En appréciant les contours

et la mobilité de ce gros rein néoplasique, en explorant l'autre région rénale et le reste de l'abdomen, le palper apportera sa contribution au problème de l'opérabilité, dont la solution exigera, bien entendu, la série des autres examens.

La **tuberculose** peut se présenter sous de multiples formes à l'exploration, qui, cette fois encore, réduite à elle-même, est toujours « courte par quelque endroit ». Toutefois, lorsqu'il s'agit de très gros reins tuberculeux, la tumeur est, le plus souvent, bosselée, ramollie au niveau de certaines bosselures (fig. 325), enveloppée d'une sorte de gangue épaissie,

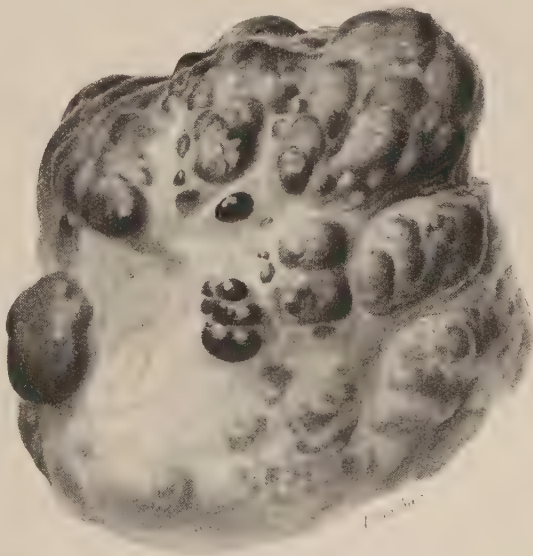


FIG. 324.— Cancer du rein. — Néphrectomie.

qui adhère aux parois, antérieure et postérieure; il arrive encore



FIG. 325. — Gros rein tuberculeux. — Néphrectomie.

rein polykystique apparaissait, de chaque côté, comme sur la table d'autopsie.

Assez souvent, on distinguera moins aisément le semis kystique, si les kystes superficiels sont tout petits (fig. 326); mais, en général, si l'on insiste sur le palper, on aura une sensation de feutrage kystique particulière, qui, se retrouvant du côté opposé, éveillera l'attention.

On a décrit des dégénérescences kystiques *partielles*, qui prêteraient à l'ablation locale; il y a lieu, croyons-nous, de toujours garder quelques réserves : dans un cas où la tumeur polykystique était nettement cantonnée au segment inférieur du rein droit, je l'excisai par néphrectomie partielle : or, c'était un *épithélioma kystique*.

que l'on trouve une collection abcédée (pyonéphrose tuberculeuse).

Enfin, vous pouvez trouver un gros rein parsemé de bosselures kystiques, plus ou moins saillantes, et l'examen du rein opposé vous révélera d'ordinaire une « hypertrophie », de surface pareillement accidentée : **gros rein polykystique bilatéral**.

J'ai le souvenir de deux malades, maigres d'ailleurs, et de paroi abdominale très dépressible, chez qui le gros



FIG. 326. — Rein polykystique à bosselures peu saillantes.

Il reste une place à faire aux **tumeurs para-rénales**, *solides* (myomes, fibromes, sarcomes, épithéliomas), *kystiques* (kystes isolés, kystes multiples);

Elles avoisinent le rein, en avant, d'ordinaire; elles en sont, parfois, plus ou moins malaisées à distinguer; ailleurs elles revêtent l'apparence de tumeurs coliques ou péri-coliques. — Qu'elles soient exceptionnelles, le fait n'est pas douteux, mais il n'est que plus indiqué *d'y penser*, dans les tumeurs de l'hypochondre et du flanc, dont le siège, la forme, la connexion cadrent mal avec les types d'observation habituelle.

J'ai enlevé, en 1907, une *tumeur polykystique* de ce genre, qui présentait exactement la forme du rein, et que je pris, en effet, pour le rein gauche; la malade succomba, le 10^e jour, d'urémie, et l'on reconnut, à l'autopsie, qu'il s'agissait d'une tumeur para-néphrétique, et qu'elle se combinait à deux reins polykystiques (fig. 327) et à une dégénérescence kystique du bord inférieur du foie.

J'ai enlevé tout récemment la *grosse tumeur para-rénale, solide*, représentée figures 328 et 329 : de surface régulière, rénitente, indolente, à peu près fixe, elle faisait relief au flanc droit; elle était indépendante du foie; l'examen radioscopique avait montré que le côlon était indemne; le cathétérisme urétéral et l'examen de l'urine prélevée témoignaient également de l'intégrité du rein.

Qu'était-ce donc? Une tumeur de l'épiploon ou du mésentère? Je dois dire, qu'instruit par certaines observations antérieures, j'émis aussi l'hypothèse d'une tumeur para-rénale. Cette hypothèse se vérifia, dès que le ventre fut ouvert : la masse était *rétro-péritonéale*. Le péritoine postérieur incisé; elle se laissa énucléer sans difficulté notable, en bloc; la vaste cavité restante fut fermée après adossement de ses parois. La guérison fut très simple. C'était un fibro-myome.

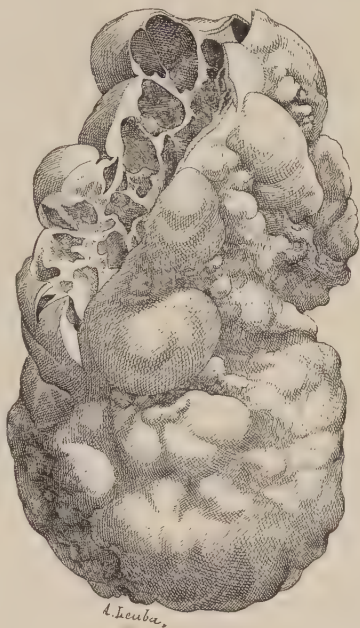


FIG. 327. — Tumeur para-rénale polykystique. — Elle était combinée à deux gros reins polykystiques, dont l'un est représenté figure 326.

Enfin, à côté des tumeurs du rein ou des tumeurs para-néphrétiques, il faut signaler encore les **MASSÉS PÉRIRÉNALES, DÉVELOPPÉES DANS LA CAPSULE ADIPEUSE; ÉPANCHEMENTS ET PHLEGMONS.**

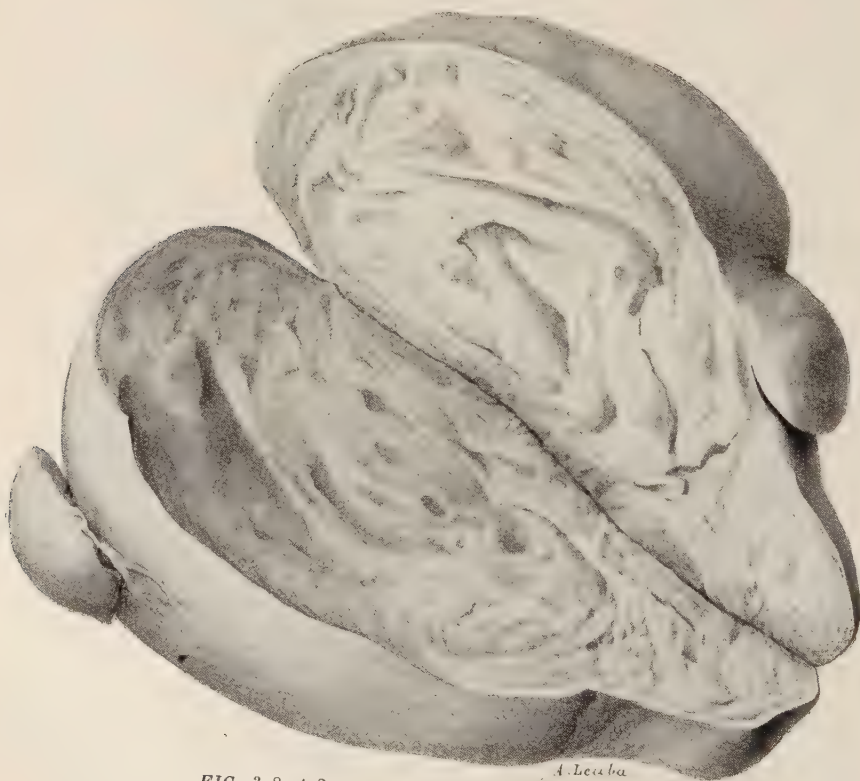
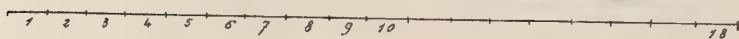
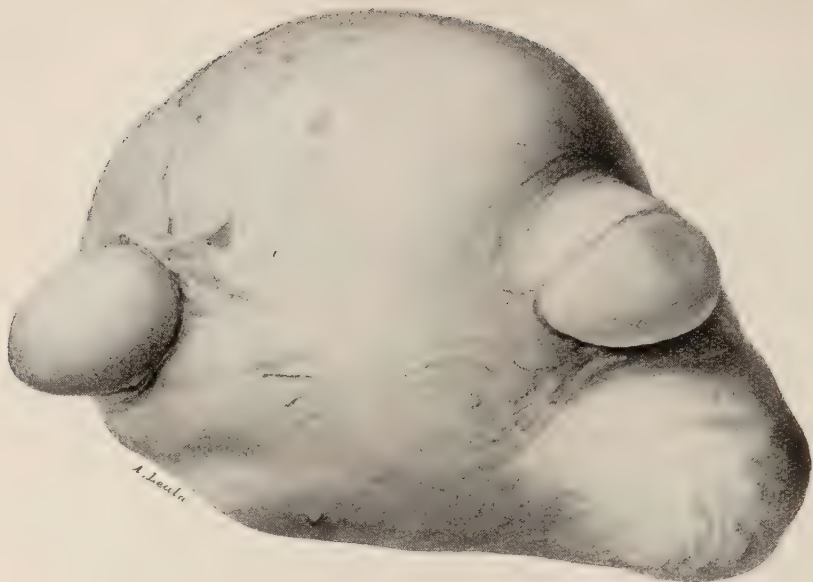


FIG. 328 et 329. — Gros fibro-myome para-rénal.

A. Gros épanchements capsulaires, hématiques ou séro-hématiques, à la suite des contusions et des ruptures du rein, et que l'on retrouve par les divers modes de palpation, plus haut figurés (voy. fig. 311 à 316); il y a lieu de rechercher, dans les jours qui suivent, l'*ecchymose descendante de la région inguinale et des bourses*.

B. Phlegmons péri-néphrétiques. — Ici, les accidents aigus initiaux, la douleur, la fièvre, assurent d'emblée, en général, un précieux appoint au diagnostic. La région est « remplie » : au palper

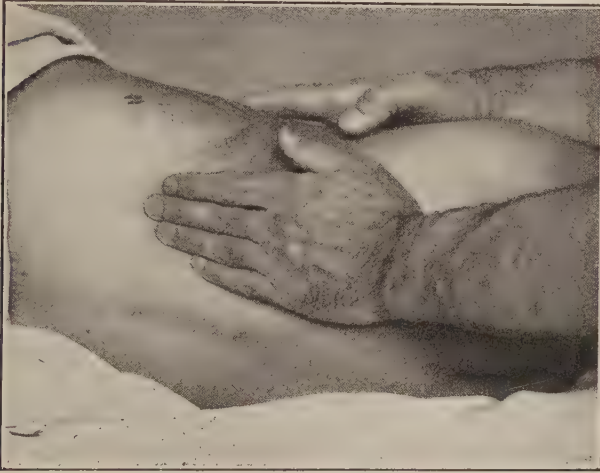


FIG. 330. — Palper antéro-postérieur, dans le décubitus latéral, lors de phlegmon péri-néphrétique.

postérieur (voy. fig. 319), on constate une paroi tendue, infiltrée, épaissie, et une masse profonde (à explorer comme fig. 311) plus ou moins nettement fluctuante; quelquefois, cette paroi lombaire est œdématiée, et, cette fois encore, l'œdème superficiel est un signe certain de suppuration profonde. Il arrive même qu'on trouve un abcès, proéminent aux lombes, et une volumineuse voussure du flanc; c'est un « bouton de chemise », et l'abcès incisé, vous conduira, à travers un orifice de la paroi, dans une vaste collection péri-rénale.

Le palper antéro-postérieur, dans le décubitus latéral, est encore à ne jamais négliger : il permet de saisir et d'explorer, entre les deux mains, toute la masse phlegmoneuse (fig. 330). Ici, il existait, en avant, une collection fluctuante très nette, mais le palper antéro-postérieur, montrait qu'elle se continuait en arrière, dans la région lombaire, et l'occupait tout entière. C'était un abcès périnéphrétique à prolongement antérieur (Voy. *Abscès ante-rénaux*, p. 233).

Enfin dans certaines formes initiales, où le palper ne fournit encore que des données imprécises, la recherche de la contracture du psoas

(sujet couché sur le ventre; — immobilisation lombaire; — relèvement de la cuisse en extension (voy. *Dos*) pourra être utile : si la cuisse se relève peu et mal, pendant qu'une douleur aiguë est provoquée sur le côté du rachis lombaire, on aura la preuve que le psoas est intéressé, et ce sera un élément de diagnostic.

GYNÉCOLOGIE

L'examen physique est souverain dans le diagnostic gynécologique. Et c'est pour cela qu'il faut s'y entraîner et s'attacher à une méthode. Nous chercherons à préciser cette méthode, dans l'exploration :

I. — Des « **tumeurs** » à **développement abdominal**;

II. — Des « **tumeurs** » à **développement pelvien**;

III. — De la **vulve**, du **vagin**, du **col utérin**.

I. — TUMEURS A DÉVELOPPEMENT ABDOMINAL

Une femme se présente à nous avec un « gros ventre », une tumeur médiane, saillante, qui remonte plus ou moins haut. **A quoi penser**, avant tout examen direct, pendant qu'« on regarde », et pendant qu'on interroge?

Si la femme est jeune, ou relativement jeune (au-dessous de 40 ans), à la **grossesse toujours** : — à la **ptose abdominale** (voy. p. 131), à l'**ascite**, un **météorisme chronique** (voy. plus loin : *Gros ventres*).

Un premier examen vous permet de vous « orienter », et d'éliminer ces trois dernières hypothèses. — Non; c'est une tumeur d'émergence pelvienne, et, j'ajoute, ce n'est pas une grossesse; le col n'est pas ramolli, la masse n'a pas la consistance rénitente de l'utérus gravide, et, de plus, les seins sont d'aspect normal, et, à la pression concentrique, aucun liquide ne sourd par le mamelon. Bien entendu, le diagnostic devient fort simple, lorsque la suspension menstruelle est avérée, et que l'on retrouve tous les signes de gravidité; mais j'ai en vue ces cas de difficulté particulière, où l'on ne voit pas de ligne brune, où le col, anciennement métritique, est resté ferme, où les seins ne « donnent » rien, et, de plus, où l'arrêt menstruel est méconnu, — ou dissimulé. Je garde le souvenir de lointaines expériences, qui m'ont dicté cette formule pratique : **penser toujours à la grossesse**. Et j'y reviendrai encore plus loin, à propos des grossesses associées aux fibromes et aux kystes.

Mais ici, je suppose la cause entendue d'emblée : il n'y a pas de grossesse. Je suppose encore qu'un palper initial vous ait révélé une **tumeur bien médiane, ferme, manifestement utérine, et que l'on mobilise en déplaçant le col.**

FIBROMES UTÉRINS

C'est un **fibrome utérin**, suivant toute apparence (et les accidents classiques ménorragies, métrorragies, etc. confirment souvent jusqu'à



FIG. 331. — *Palper et toucher combinés.* — La main gauche limite le pôle supérieur de la tumeur.

l'évidence cette interprétation); encore faut-il maintenant, par une enquête exploratrice minutieuse, en apprécier le *siège originel*, le *volume*, la *forme*, la *surface*, la *mobilité*, et relever « *l'état des annexes* » : toutes données d'importance majeure, pour les indications thérapeutiques et le pronostic.

Regardez la figure 331 : c'est la première manœuvre d'exploration à exécuter, sans hâte : votre main gauche encadre le pôle supérieur de la tumeur, le fixe, l'abaisse, pendant que, de l'autre main, vous pratiquez le **toucher**.

Qu'il est important, ce toucher ! Que de fois ai-je regretté de ne l'avoir pas conduit avec plus de lenteur et de « ténacité », de ne l'avoir pas répété, après un repos au lit d'un ou de plusieurs jours, et une évacuation complète de l'intestin ! Il m'eût évité des surprises,

au cours de l'intervention, et rien ne vaut, pour opérer bien et vite, d'avoir « bien examiné ».

Palpez du doigt **le col, les culs-de-sac**.

Il arrive que vous trouviez **un col** « quelconque », un peu gros, un peu ouvert seulement; des culs-de-sac libres, aussi haut que vous pénétriez, et quel que soit l'abaissement que vous imprimiez à la

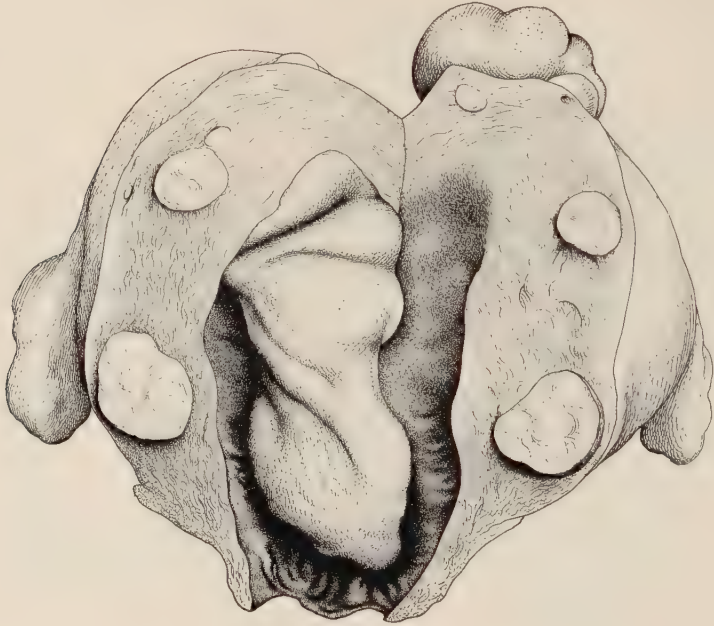


FIG. 332. — *Polype fibreux intra-utérin. — Utérus fibromateux.*

tumeur abdominale; il n'y a rien « par en bas » : fibrome **du corps**, fibrome **du fond**, fibrome **de l'isthme**, à long pédicule.

Ailleurs, vous découvrirez un gros col, un peu mou, et largement ouvert; votre index y pénètre; la femme perd abondamment. Vous avez affaire à un gros utérus fibromateux, qui fait relief au-dessus du pubis, oui; mais dites-vous bien qu'il y a un fibrome *intra-utérin*, *sous-muqueux*, polypeux (fig. 332) ou qui saille simplement.

Vous verrez d'énormes fibromes qui ne saignent pas : ils sont interstitiels ou sous-péritonéaux, rien ne fait relief sous la muqueuse utérine, et la cavité est, d'ordinaire, petite ou peu allongée; quand une grosse tumeur fibromateuse saigne beaucoup, c'est qu'il existe un fibrome sous-muqueux, et la cavité utérine est alors plus ou moins largement dilatée. Vous rencontrerez même de très gros utérus, qui débordent plus ou moins haut le pubis, qui sont le siège d'hémorra-

gies parfois considérables, qui prennent figure de « tumeurs », et où l'on ne découvre, après ablation, qu'un fibrome sous-muqueux sail-

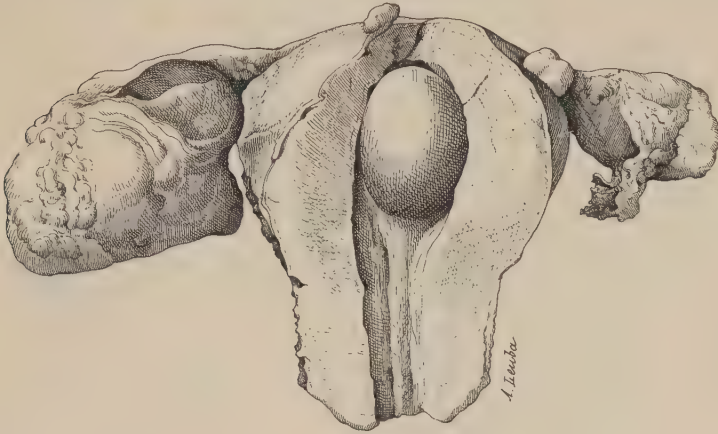


Fig. 333. — Fibrome sous-muqueux, voisin de la corne gauche; « hypertrophie », non fibromateuse, de la paroi utérine.

lant, voisin d'une des cornes, et une paroi utérine épaissie, « hypertrophiée » (fig. 333).

Les culs-de-sac. Un d'eux n'est pas libre.

En avant, dans l'espace vésico-utérin, vous sentez, plus ou moins



FIG. 334. — Fibrome antérieur, rétro-vésical, de l'isthme.

haut, une masse arrondie, qui souvent se dérobe et fuit sous le doigt; abaissez bien la tumeur abdominale, et insistez : vous réussirez à la bien circonscrire, cette masse pré-cervicale, à en préciser l'attache utérine : c'est un **fibrome antérieur, rétro-vésical, de l'isthme**

(fig. 334). S'il est associé à un gros fibrome abdominal, il n'en reste pas moins intéressant à repérer, car il peut donner la raison de certains

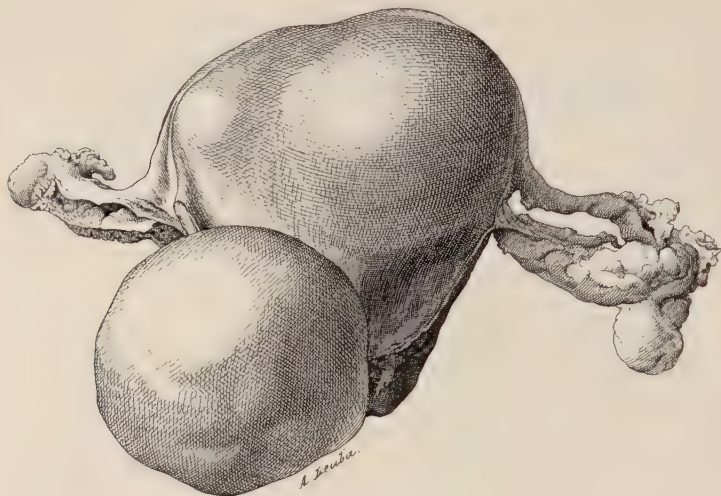


FIG. 335. — Fibrome postérieur, pré-rectal, de l'isthme.

accidents fonctionnels (pollakiurie, mictions douloureuses, rétention d'urine), et l'on se trouvera bien, lorsqu'on intervient, de l'avoir reconnu d'avance.

En arrière, vous pourrez découvrir une semblable « bosse », qui

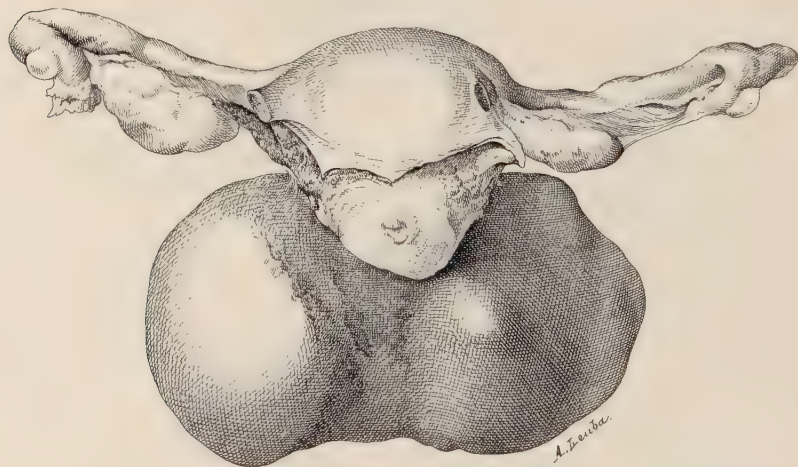


FIG. 336. — Fibrome rétro-cervical.

soulève la paroi rectale (fig. 335), et le toucher rectal, — qui devrait être le complément « instinctif » de tout examen gynécologique — la décèle encore mieux : **fibrome postérieur, pré-rectal, de l'isthme.**



FIG. 337. — Gros fibrome intra-ligamentaire, isolé, indépendant de l'utérus.

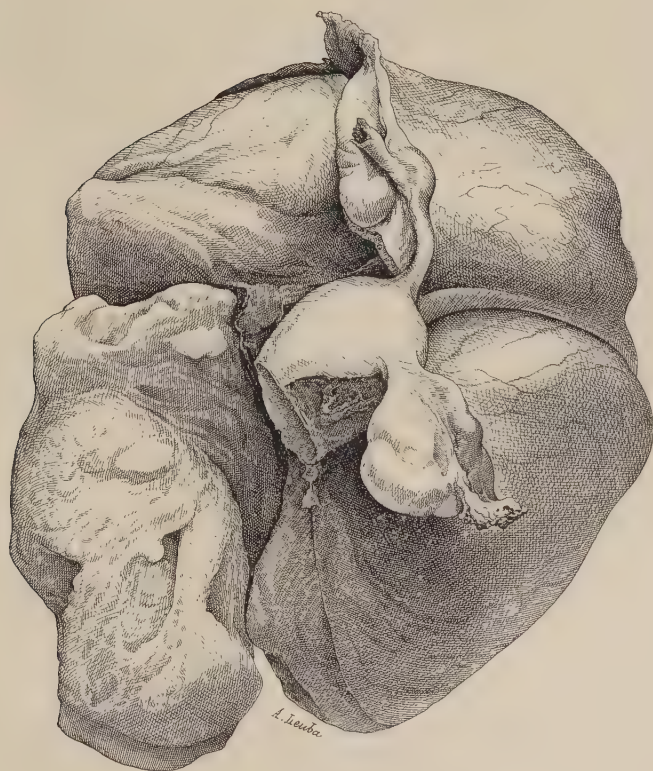


FIG. 338. — Énorme fibrome intra-ligamentaire, indépendant de l'utérus, et l'enveloppant de tous les côtés.

Mais, en arrière, vous constaterez parfois autre chose encore, et non sans surprise; le cul-de-sac postérieur est comblé, soulevé par une grosse masse transversale, qui saille plus ou moins bas, à la paroi postérieure du vagin, et qui se prolonge, en s'arrondissant, à droite et à gauche; elle est, d'ordinaire, peu mobile, cette masse, quelquefois infiltrée et entourée d'œdème. Qu'est-ce donc? Un foyer d'hématocèle? Un foyer de salpingo-ovarite prolabée?

Ces questions se présentent surtout, lorsque la tumeur rétro-cervicale est isolée, et que l'on trouve, au-devant et au-dessus d'elle, un utérus de volume normal et de forme régulière (fig. 336) et nous

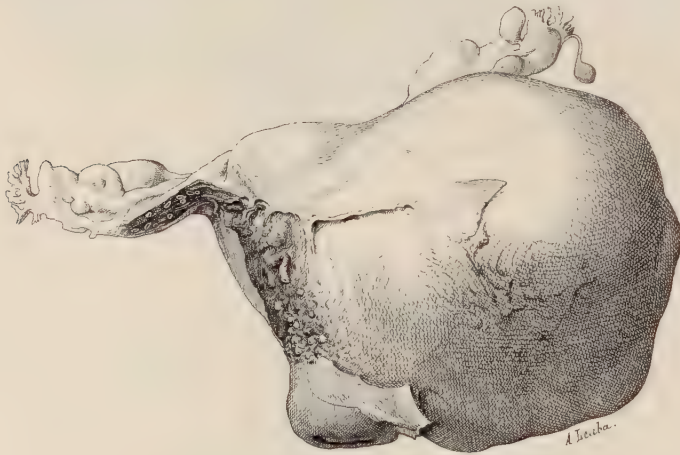


FIG. 339. — Gros fibrome du bord gauche de l'utérus, intra-ligamentaire.

y reviendrons, à propos des *tumeurs à développement pelvien*; mais elle peut se combiner, également, aux gros fibromes abdominaux, et, si elle est indolente, ferme, bosselée parfois, et de contours arrondis, nets, vous aurez à penser au **fibrome rétro-cervical**, *inclus*, de chaque côté, à la base des ligaments larges.

Et cela nous conduit aux **fibromes intra-ligamentaires**, qui peuvent être seuls en cause, et figurer, à eux seuls, une volumineuse tumeur intra-abdominale; — ou faire partie intégrante d'une fibromatose utérine diffuse.

Les figures 337, 339, 340, qui représentent des pièces d'hystérectomie, mettront en lumière les trois types habituels de ces fibromes du ligament large :

Figure 337. **Gros fibrome intra-ligamentaire isolé**, sans connexions utérines, décollable, et qui, de fait, dans le cas présent, la femme étant jeune, l'utérus et les annexes tout à fait normaux, fut énucléé en bloc.

Ces fibromes « indépendants » du ligament large peuvent être, d'ailleurs, d'un volume considérable et envelopper de tous côtés l'utérus (fig. 338).

Fig. 339. **Gros fibrome du bord gauche de l'utérus, développé et inclus dans le ligament large**; ici, l'hystérectomie s'impose, après énucléation de la masse intra-ligamentaire;

Fig. 340. **Gros utérus fibromateux, avec lobe volumineux, émergeant d'une des cornes, et inclus dans le ligament large.**

Les fibromes intra-ligamentaires ne sont dûment explorables qu'au double palper, abdomino-vaginal (fig. 325 et 335); on reconnaît, dans un des culs-de-sac latéraux, ou sur le côté et en arrière, le relief convexe de leur pôle inférieur, et, par le ventre, plus ou moins haut, la voussure, arrondie ou bosselée, de leur pôle supérieur; et l'on se rend compte de leur *siège latéral*, d'une part, de leur *immobilité*, au moins relative, de l'autre; on ne les fait pas basculer latéralement; on ne les déplace pas de bas



FIG. 340. — Utérus fibromateux : gros lobe émergeant de la corne gauche, inclus dans le ligament large.

en haut, dans la position inclinée; ils « tiennent ». Et ce double caractère, latéralité, immobilité, est parfois des plus nets, au moins dans les fibromes des deux premiers types (fig. 337 et 339), et, si l'on explore bien, impose le diagnostic. Il n'en est plus de même dans les grosses tumeurs fibromateuses, avec lobe latéral inclus; mais on se basera, dans l'examen clinique, sur les mêmes données.

Il s'agit maintenant de **compléter, par le ventre, l'examen de**



FIG. 341. — *Palper et toucher combinés. — Limitation latérale de la tumeur, et recherche de la mobilité transversale.*

la tumeur — et, d'ailleurs, le toucher vaginal n'a souvent rien révélé de particulier au col ou dans les culs-de-sac.



FIG. 342. — *Exploration d'un fibrome; essai de mobilisation transversale, avec les deux mains, l'observateur placé entre les jambes.*

Vous avez délimité le bord supérieur du bloc utérin (fig. 331); sans changer d'attitude, déplacez latéralement la main « abdominale », et,



FIG. 343. — Exploration d'un fibrome : essai de mobilisation transversale, avec les deux mains, l'observateur placé latéralement.

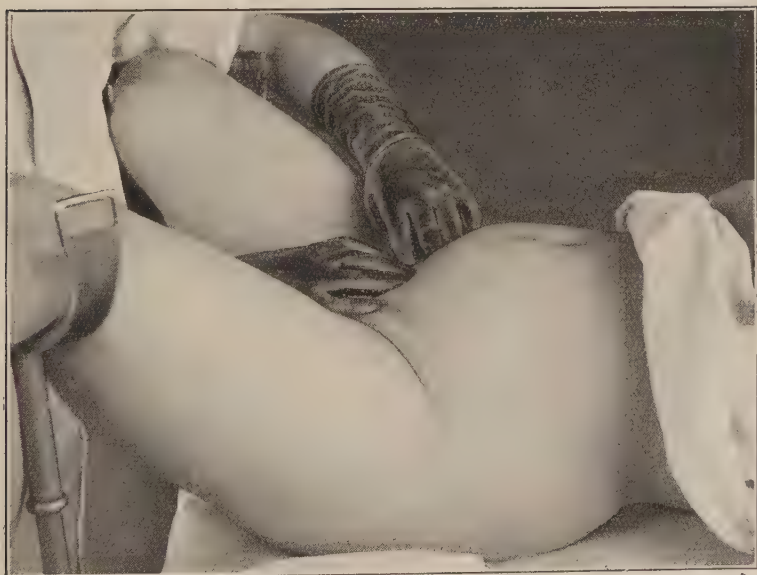


FIG. 344. — Exploration d'un fibrome. Essai de relèvement du pôle déclive.

des doigts infléchis, cherchez le bord latéral de la tumeur. Suivez-le, ce bord, explorez la face antérieure, recherchez la mobilité transversale (fig. 341). Lors de gros fibrome du corps, lisse, libre, mobile, sous une paroi peu épaisse et flasque, la manœuvre suffit à vous renseigner tout de suite.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et, pour bien apprécier les « caractères de surface », les contours, la mobilité, d'autres procédés deviennent utiles — qu'on pratique « instinctivement », pourrait-on



FIG. 345. — Exploration d'un fibrome en position inclinée.

dire, mais qu'il vaut mieux pratiquer « systématiquement », pour les mener à fond, et leur faire rendre tout ce qu'ils peuvent donner.

Placé entre les jambes, des deux mains étalées sur les côtés de la tumeur (fig. 342), cherchez donc à la déplacer en masse, pendant que vos pouces en explorent la face antérieure, et que la pression transversale vous renseigne sur la consistance et les contours.

Placez-vous latéralement (à droite, fig. 343), et, de votre main, doigts infléchis, pénétrez sur le bord gauche de la tumeur, et ramenez-la vers vous : vous la ferez basculer tout entière, si elle est bien mobile.

Lors de grosses tumeurs, qui plongent dans le bassin, il sera bon encore de procéder comme figure 344, et, avec les deux mains infléchies au-dessus de l'arcade crurale, de chercher à relever le bord déclive de la masse.

Mais, ce qui vaudra mieux encore, et ce qu'il faut toujours faire, c'est l'examen en **position inclinée** (fig. 345), en vous plaçant du côté

de la tête, et en rétractant la tumeur de bas en haut. Il arrive que, même avec une inclinaison moyenne, le gros fibrome « s'énuclée » du bassin, glisse librement vers le diaphragme, et que vos mains en contourment le bord convexe inférieur, mais *elles ne pénètrent pas « à fond », dans un espace sus-pubien absolument vide*, comme le fait se produit lors du kyste mobile de l'ovaire (voy. p. 309 et fig. 362) : il y a toujours un segment déclive, un *pédicule utérin*.

Si ce « pédicule » est gros, bosselé, irrégulier, accentuez l'incli-



FIG. 346. — *Exploration d'un fibrome.* — On cherche à faire glisser la paroi au-devant de la tumeur (adhérences).

naison, et vous verrez parfois émerger du bassin un gros lobe rétro-pubien, enclavé, mais non adhérent, et que l'attitude a mobilisé. Vous l'avez, du reste, repéré déjà, ce fibrome intra-pelvien, par le palper abdomino-vaginal du début, mais l'épreuve complémentaire de la position inclinée, en témoignant de la mobilité et du relèvement facile, n'en est pas moins utile.

Dans certains cas, enfin, même dans l'inclinaison forte, et sous la pression ascendante des deux mains, rien ne bouge, ou presque : le gros fibrome est immobilisé par des adhérences pelvi-péritonitiques (coiffe épiploïque, adhérences péri-annexielles, etc.) ; — ou bien encore, il est inclus, au moins partiellement, dans l'un des ligaments larges (voy. plus haut, p. 294).

La manœuvre représentée figure 346, où les deux mains cherchent à plisser, à mobiliser la paroi au-devant du fibrome, sera utile parfois, pour reconnaître les adhérences à la paroi.

Au cours de ces explorations abdominales, vous découvrirez des fibromes de forme et de consistance assez différentes, et dont il convient de rappeler les principaux types :



FIG. 347. — Gros utérus fibromateux, avec fibromes pédiculés multiples.

Gros fibrome, très ferme, presque dur, de surface lisse, formant bloc;

Gros fibrome bosselé, accidenté de nouures, de lobes multiples. On peut quelquefois se rendre compte, au palper, qu'une ou plusieurs de ces bosselures sont très mobiles : *fibromes sous-péritonéaux*

pédiculés; parfois, ces fibromes externes, pédiculés, sont en grand nombre, et peuvent être reconnus à l'examen (fig. 347).



FIG. 348. — Torsion chronique d'un fibrome du fond de l'utérus.

De plus, ces fibromes sous-péritonéaux pédiculés, sont exposés à se lordre, et la torsion aiguë provoque des accidents analogues

à ceux des kystes de l'ovaire tordus (voy. plus loin : *Gros ventres*).

Il y a aussi une *torsion chronique*, si l'on peut ainsi dire, qui remonte à une date indéterminée, et qu'on découvre, par hasard, à l'intervention (fig. 348). Il m'est arrivé même de trouver, à deux reprises, au voisinage d'un utérus fibromateux, un fibrome détaché, libre, enveloppé d'épiploon (fig. 349), fibrome pédiculé, dont le pédicule s'était rompu par torsion.



FIG. 349. — Fibrome à pédicule anciennement rompu, par torsion, et enveloppé d'épiploon.

Gros fibrome mou, de surface régulière et lisse, en général, et dont la consistance rappelle l'utérus gravide; — et la similitude est telle, parfois, qu'on hésite et qu'on attend : j'en vois chaque année des exemples. — Or, l'hystérectomie faite, fendez la masse : vous trouvez un fibrome plus ou



FIG. 350. — Fibrome mou, « violet », en voie de désintégration.

moins ramolli, de teinte *violette* (fig. 350), foncée ou claire; ailleurs, d'un blanc grisâtre, et qui dégage toujours un relent spécial de sphacèle; et, de fait, ce sont là des fibromes en voie de désintégra-

tion, et qui recèlent, d'ordinaire, des anaérobies. Ils deviennent parfois diffluent, œdémateux, s'infiltrant de cavités kystiques, à contenu clair ou sanguin, et je crois bien que les **fibromes kystiques** procèdent souvent d'une semblable pathogénie.

Mais je voudrais signaler surtout les **gros fibromes kystiques** uniloculaires, implantés sur le fond de l'utérus, qui lui-même, ainsi coiffé et refoulé, a conservé son volume normal (fig. 351 et 352).

Ils peuvent être de dimensions considérables, et celui de la



FIG. 351. — Gros fibrome kystique du fond de l'utérus.

figure 351 remplissait tout l'abdomen, et donnait, au palper, l'impression d'un énorme kyste. C'était un kyste, en effet, mais de paroi épaisse et infiltrée de noyaux fibromateux; il était mobile, il se déplaçait en haut, dans la position inclinée, mais, au-dessous de lui, et en continuité manifeste avec lui, on repérait, au toucher vaginal avec palper sus-pubien, un petit utérus. Après hystérectomie, on trouva la poche — de paroi fibromateuse — remplie d'un liquide hémétique, brunâtre. Il en fut de même pour la tumeur représentée figure 352.

Nous rappellerons dans un instant d'autres gros utérus, d'apparence kystique, et d'une toute autre nature (voy. p. 304). — Mais je veux insister encore sur la coexistence, dans certaines des tumeurs que nous étudions ici, d'une zone, d'une partie centrale, molle, dépressible, et qui contraste avec les gros noyaux, fibromateux, fermes ou durs, disséminés tout autour : **grossesse et fibrome**.

Le diagnostic est parfois simplifié par la suspension menstruelle avérée, l'ampliation des seins, et le reste; l'exploration, par les procédés plus haut figurés, devra s'attacher alors à préciser le siège, le volume, la mobilité des fibromes, en particulier de ceux qui occupent le segment déclive, isthmique et cervical de l'utérus. — Dans d'autres conditions, la grossesse reste douteuse, surtout aux périodes initiales, et le signe de palpation, dont nous parlions tout



FIG. 352. — Gros fibrome kystique du fond de l'utérus. — Paroi épaisse par places; contenu sanguin.

à l'heure (centre ou segment utérin mou, et d'une mollesse particulière; induration fibromateuse périphérique), sera toujours une donnée de valeur, et devra éveiller l'attention.

Enfin, combinés au fibrome, au contact ou voisins du fibrome, latéralement, en arrière, au-dessus, vous pourrez trouver parfois d'autres grosses tumeurs, kystiques ou solides, **d'origine annexielle** (kystes de l'ovaire; pyo-salpinx; salpingo-ovarites; foyers anciens d'hématocèle, quelquefois: fibromes de l'ovaire, exceptionnellement). Ce qui est souvent difficile, en pareille occurrence, c'est de bien « individualiser » les deux tumeurs accolées, d'origine différente, par

l'application minutieuse des procédés d'exploration plus haut indiqués.

Il y a lieu toutefois, de distinguer **deux variétés**, dans ces associations : *la tumeur péri-utérine*, (kyste de l'ovaire, grosse suppuration annexielle) occupe le devant de la scène, et *figure presque en totalité le relief abdominal*; au-dessous et en arrière, on reconnaît un utérus fibromateux, bosselé, qu'elle recouvre et qu'elle masque (voy. plus loin, *Kystes de l'ovaire*).

La situation clinique est différente, lorsqu'il s'agit des *énormes fibromes abdominaux, doublés latéralement, ou en arrière, d'une masse annexielle*, kystique, fluctuante, ou compacte. Le kyste de l'ovaire, même bilatéral, s'il est de petit ou de moyen volume, mobile, ou, tout



FIG. 353. — Utérus fibromateux et hématosalpinx.

au moins, de contours bien nets; l'hématosalpinx, souvent volumineux, lui aussi (fig. 353) et bilatéral, et qui accompagne fréquemment les fibromes, ne sont que des addenda de médiocre importance.

Il en va autrement, lorsque l'on constate, dans le cul-de-sac postérieur, dans l'un des culs-de-sac latéraux, ou de chaque côté, une masse épaisse, adhérente, douloureuse, quelquefois ramollie en quelque point et fluctuante, profondément : annexite, pyo-salpinx, abcès de l'ovaire, pelvi-péritonite ancienne (voy. plus loin : *Annexites*); les conditions d'opérabilité et les indications thérapeutiques¹ s'en trouvent singulièrement modifiées.

Je voudrais rappeler ici certains **gros utérus « abdominaux »**, qui peuvent simuler le fibrome :

Et d'abord, les utérus « hypertrophiés » **autour d'un corps étranger**

1. Notons ici que la présence de lésions salpingo-ovariennes contre-indique l'emploi du radium (curi-thérapie) dans les fibromes, qui, par leur volume restreint et leur caractère hémorragique, se prêteraient à cette médication, fort efficace dans les cas de ce genre.

intra-cavitaire, et dont nous parlions plus haut, à propos des *petits fibromes sous-muqueux* isolés (voy. fig. 333 et p. 290); le corps étranger peut être encore représenté par un *polype placentaire*, souvent très ancien, et procédant d'un accouchement ou d'une fausse couche; par un *polype muco-glandulaire*, voisin d'un des *ostia uterina*.

On voit de ces utérus qui acquièrent un volume considérable, des utérus géants, de forme régulière, sans bosselures, mais parfois de consistance assez ferme, et qui saignent abondamment. On conclut aisément au fibrome, et l'on peut en venir à l'hystérectomie. Et, sous une paroi d'une épaisseur souvent considérable, on découvre le corps



FIG. 354. — *Môle hydatiforme; hystérectomie abdominale.* — Notez les quelques bosselures de la surface utérine : petites vésicules intra-pariétales. (Voy. plus loin, le *Chorio-épithéliome*.)

du délit, dont l'ablation eût suffi, sans doute, au moins dans un grand nombre de cas, à enrayer les hémorragies et à déterminer la régression de l'utérus « hypertrophié ».

Ce sont des circonstances où l'exploration endo-utérine complète est le plus expressément indiquée : l'hystérométrie accuse une cavité très profonde, 12, 15, 20 centimètres, quelquefois, et c'est là, déjà, un premier indice; après une suffisante dilatation cervicale, un soigneux curettage, et qui insiste surtout au voisinage des cornes, peut déraciner et entraîner les corps étrangers polypeux, et devenir curateur.

Je signalerai encore la **môle hydatiforme**, éventualité rare, mais qu'il faut connaître (fig. 354). — Dans le cas présent, il s'agissait d'une

femme, opérée le 15 décembre 1906, très anémiée par des pertes considérables, journalières, et qui dataient de plusieurs semaines. Elle

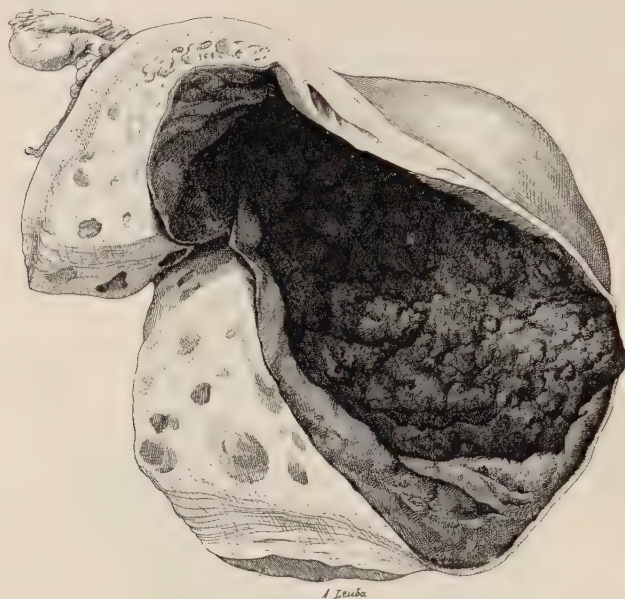


FIG. 355. — *Pyométrie considérable; col oblitéré; pas de fibrome ni d'épithélioma.*

avait 49 ans, et l'histoire antérieure était fort imprécise. On trouvait un gros utérus, qui remontait jusqu'à deux doigts au-dessous de



FIG. 356. — *Pyométrie, avec épithélioma diffus de la muqueuse utérine.*

l'ombilic, et dont la consistance molle n'avait pas laissé que de surprendre. Ce fut pourtant sur le diagnostic de fibrome — de fibrome

mou — que j'intervins et que je pratiquai l'hystérectomie. L'examen de la pièce fut démonstratif (fig. 354).

J'ai vu, depuis, un autre cas, où le diagnostic avait pu être établi, des grappes de vésicules ayant été retrouvées dans « les pertes », et, cette fois, le curage suffit à évacuer une môle, beaucoup plus « jeune », du reste.

Enfin, une affection, également rare, est à rappeler encore, la **pyométrie**, avec sténose du canal cervical, qui s'observe surtout chez les femmes âgées.

L'**utérus pyométritique**, représenté figure 355 remontait jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic; il était nettement fluctuant dans la profondeur. On hésitait entre le fibrome kystique et le cancer du corps. L'hystérectomie abdominale fut pratiquée, et, heureusement, la section porta assez bas sur le col oblitéré, pour qu'aucune voie ne fût ouverte au contenu utérin. Eh bien! cet énorme utérus était occupé par une vaste poche purulente (du pus brunâtre et fétide), et la paroi, très épaissie, ne présentait aucun noyau fibromateux. L'examen histologique ne montra non plus aucune trace d'épithélioma. C'était une pyométrie typique.

Ces pyométries, de grand volume, se voient encore dans certains épithéliomas diffus de la muqueuse du corps utérin, et la figure 356 en est un exemple.

KYSTES DE L'OVAIRE

Voyez la figure 357 : grosse poche médiane, saillante, et qui pointe en avant. Appliquez vos deux mains, largement, de chaque côté : vous appréciez les contours arrondis de la masse, plus ou moins tendue, mais qui ne rappelle pas, aux doigts, la tumeur ferme, compacte, solide, que figurait tout à l'heure le gros fibrome abdominal. Soulevez la main droite, et percutez à petits coups brefs : vous sentirez, à la main gauche, un « flot transmis » manifeste, ou encore une *transmission vibratoire* presque aussi caractéristique. Enfin, si vous percutez méthodiquement, sur la ligne médiane, sur les lignes latérales de l'abdomen, vous relèverez une *matité centrale*, et une sonorité intestinale périphérique.

GROS KYSTE DE L'OVAIRE. — Il est inutile d'insister sur ces formes typiques; toutefois, si le diagnostic s'impose ou paraît s'imposer, au premier examen, ne manquez jamais de le compléter minutieusement (et cette exploration complémentaire vous apportera parfois des révélations inattendues) :

Cherchez (fig. 357) si la tumeur kystique **se déplace latéralement**; cherchez à en **délimiter le pôle supérieur**, en refoulant, comme



FIG. 357. — Gros kyste de l'ovaire. Palper transversal; recherche du « flot transmis » et de la mobilité transversale.

figure 358, la coiffe épiploïque et le côlon transverse. Abaissez le kyste autant que vous le pourrez, et n'oubliez pas, avec les deux mains, disposées comme figure 359, de reconnaître le *vide sous-costal*, de chaque



FIG. 358. — Gros kyste de l'ovaire. — Recherche et délimitation du pôle supérieur de la poche.

côté; — il y a d'autres kystes, qui descendent des hypochondres (voy. *Hypochondre droit*, *Hypochondre gauche*) et qui affectent parfois, à première vue, toute la morphologie des kystes de l'ovaire.

Cherchez à dégager, à **relever de bas en haut, le pôle inférieur**, avec les deux mains, largement appliquées à la face déclive de la poche (fig. 360).

L'examen **en position inclinée** devient alors tout indiqué (fig. 361 :



FIG. 359. — Gros kyste de l'ovaire. — Abaissement de la tumeur; vide sous-costal bilatéral.

si le kyste est bien mobile, cet examen vous révèle un *vide sus-pubien* complet, par où vous pénétrez librement jusqu'au sacrum, et qui diffère de celui que l'on constate dans les fibromes (voy. p. 299).

Enfin, pratiquez le **toucher** : c'est l'utérus qu'il faut repérer tout d'abord, en suivant le col, en mobilisant le col; quand vous « avez » l'utérus, et que la grosse tumeur abdominale en est nettement indépendante, le diagnostic de kyste ovarien est définitivement confirmé. Mais il faut le chercher de tous les côtés, l'utérus : il est souvent dévié, basculé, infléchi latéralement, en arrière, en avant, ou même coiffé par la poche

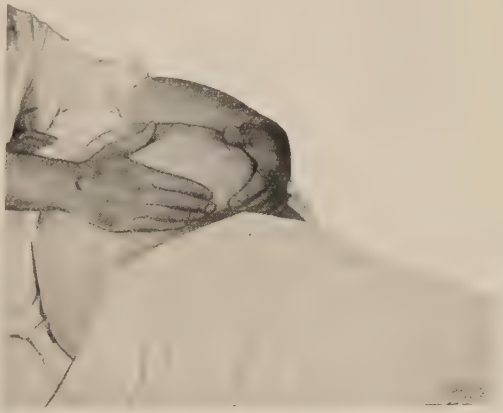


FIG. 360. — Gros kyste de l'ovaire. — Essai de relèvement, par les deux mains appliquées, sur la face déclive de la poche.

et comme inclus dans la paroi kystique. Il arrive aussi que vous le trouviez plus ou moins gros, bosselé, fibromateux, et que vous découvriez, de plus, une « masse annexielle », quelquefois une seconde poche kystique, du côté opposé (kystes bilatéraux).

Par ces divers procédés d'exploration, destinés à vous révéler le kyste, son origine et sa mobilité, vous en devrez reconnaître également les caractères de surface et de consistance.

Grosse poche, régulière et lisse, sur toute sa surface, explorable par le ventre et par le vagin; grosse poche *bosselée, segmentée* : **kystes uni ou pluri-loculaires**. Il ne faut pas s'attendre, du reste, à nettement reconnaître ce cloisonnement et ces poches multiples, et cela n'a aucune importance.

Une consistance épaisse, pâteuse, pourrait faire penser au **kyste**

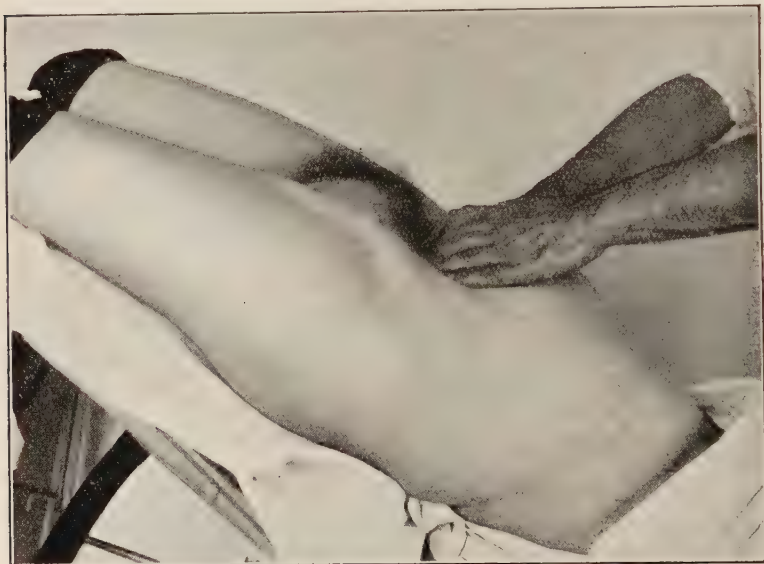


FIG. 361. — Gros kyste de l'ovaire. — Exploration en position inclinée.

dermoïde, car il existe de gros kystes dermoïdes médians, chez les femmes jeunes, et même chez les vieilles femmes. J'en ai opéré un, il y a de nombreuses années, chez une malade qui avait dépassé la soixantaine : l'énorme kyste remplissait tout l'abdomen, et, en dehors de sa consistance particulière, qui n'eût, d'ailleurs, pas suffi, à elle seule, à étayer un diagnostic de nature, nous avions, dans le passé, un élément d'interprétation fort précieux : trente ans avant, Kœberlé avait fait le diagnostic de « petit kyste dermoïde de l'ovaire droit ». Je trouvai, effectivement, un « dermoïde », gigantesque, et qui renfermait, avec des dents, « la plus belle chevelure », que j'aie rencontrée en pareil cas.

Chez les jeunes filles, un kyste, bien authentique (voy. plus loin : *Gros ventres; ascite*), doit éveiller l'idée du *kyste dermoïde* ou du *kyste du ligament large* (voy. plus loin, p. 323), bien que le kyste de l'ovaire proprement dit soit loin d'être exceptionnel.

Ce qui importe surtout, dans cette exploration de surface et de consistance, c'est de rechercher si le kyste présente des zones **dures**, des **blocs d'induration**, sur les parois de la poche abdominale, ou à la base, accessible par le vagin, et le cul-de-sac postérieur. Ces segments durs feront craindre la dégénérescence maligne, l'épithélioma secondaire, et l'hypothèse deviendra plus angoissante, si la tumeur est adhérente et immobilisée, et qu'il y ait de l'ascite.

Immobilisation et ascite, tels sont aussi les premières données d'exploration, qui sont de nature à faire penser aux **kystes épithéliomateux, dits papillaires**, dans lesquels la prolifération néoplasique s'étale à la surface de la poche, et se propage plus ou moins loin sur les anses grêles voisines, sur le péritoine pelvien, sur l'épiploon. Placez la malade en position inclinée : l'ascite se dérobe sous le diaphragme, et, en dessous, vous voyez, et vous sentez, émerger du bassin une poche kystique, parfois de grand volume, et des mieux caractérisées; mais elle ne se déplace pas, cette poche, elle « tient », et, sur ses côtés, votre main ne pénètre pas librement : il y a « quelque chose », une doublure épaisse, une sorte de gangue périphérique; et, par le toucher vaginal, vous recueillez la même impression d'épaississement et de blindage. Même si l'état général est peu compromis, méfiez-vous; dites-vous, et dites autour de vous, que la laparotomie pourra ne se traduire que par une intervention forcément incomplète (Voy. *Les gros ventres : épithéliomas kystiques de l'ovaire*).

Je ne veux que rappeler ici les kystes de l'ovaire compliqués : kystes *tordus*; kystes *suppurés*, kystes *rompus*, etc. (Voy. *Chirurgie d'urgence*, et plus loin, *Les gros ventres*).

Mais j'en viens maintenant aux **kystes latéraux**, à ceux qui ne pointent plus sur la ligne médiane de l'abdomen, mais qui font relief sur le côté, et peuvent rappeler, à première vue, certaines hydronéphroses ou certains kystes du rein. On se rendra compte, avant tout, par les procédés de palpation plus haut décrits (voy. fig. 339), de leur émergence pelvienne, de leur limitation nette en haut et en arrière, et l'on aura à discuter les deux hypothèses suivantes : kyste de l'ovaire (kyste dermoïde quelquefois) adhérent; kyste du ligament large.

TUMEURS A DÉVELOPPEMENT PELVIEN

Les tumeurs que nous venons d'étudier font saillie en plein ventre, et sont surtout explorables par le ventre; le toucher vaginal doit toujours intervenir, comme un complément nécessaire, mais c'est l'examen abdominal, à la vue, au palper, à la percussion, qui est, avant tout, démonstratif.

Il en va autrement de celles, que nous allons maintenant décrire;

elles peuvent faire relief au-dessus du pubis et des arcades crurales, mais *c'est dans l'aire pelvienne qu'elles naissent et progressent d'abord*, et c'est par là, par le toucher vaginal, combiné au palper hypogastrique ou iliaque, par l'exploration méthodique des culs-de-sac (par le toucher rectal, également), qu'on les repère le mieux et qu'on en précise le plus nettement les caractères.

En pareille matière, les divisions et les groupements sont toujours un peu artificiels : ils servent en pratique, et c'est là tout ce qu'on peut leur demander.

COMMENT PRATIQUER CETTE EXPLORATION BASSE. VAGINO-PELVIENNE

Cherchez d'abord le fond de l'utérus (fig. 362 et 363) : votre index droit fixe et relève le col ; vos doigts gauches dépriment la région sus-pubienne.

Vous avez l'utérus : explorez latéralement, par le même procédé



FIG. 362. — Exploration vagino-pelvienne. Recherche du fond de l'utérus.

(fig. 364), vos doigts gauches plongeant au-dessus de l'arcade crurale.

Poursuivez l'exploration latéro-utérine par le ventre, avec vos deux mains, disposées comme figure 365.

Enfin ne manquez pas de recourir à l'examen bi-manuel, en position inclinée (fig. 366) : il vous rendra souvent les meilleurs services.

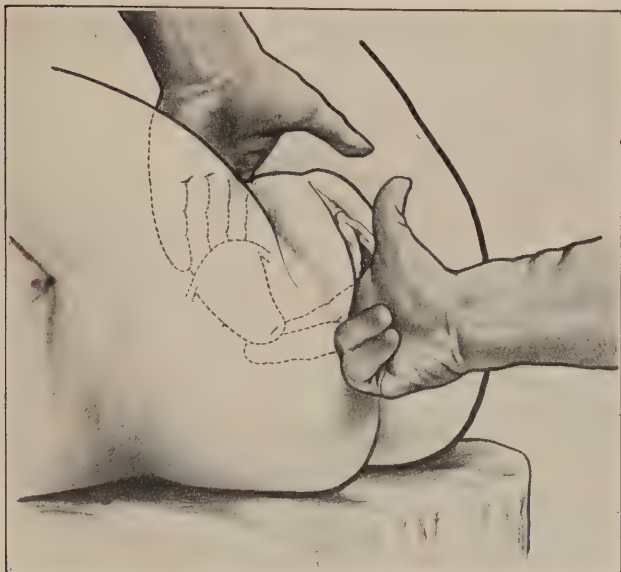


FIG. 363. — *Exploration vagino-pelvienne. Recherche du fond de l'utérus et palper du cul-de-sac postérieur.* — Deux doigts dans le vagin, ce qui n'est pas nécessaire, en règle, mais facilite parfois l'exploration profonde, chez les grosses femmes, à parois flasques. — (Fig. imitée de la fig. 435, p. 701, de Edw. Martin, *Surgical diagnosis*. — London, 1910).

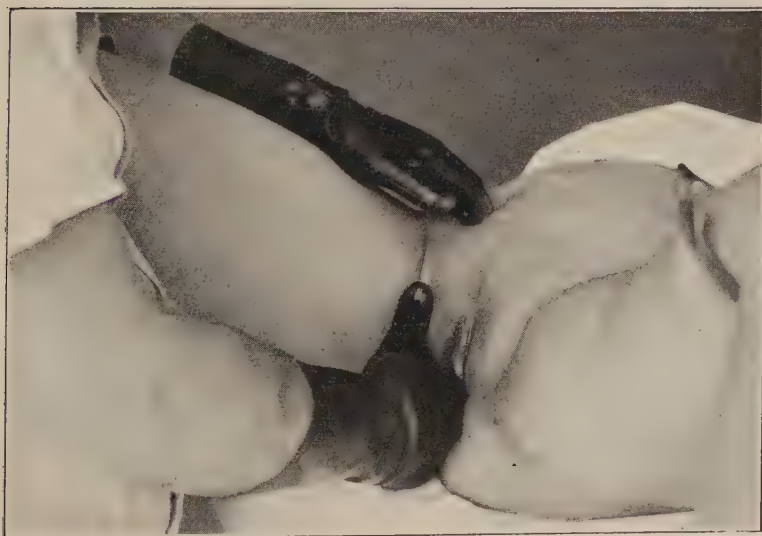


FIG. 364. — *Exploration vagino-pelvienne. Palper latéro-utérin.*

Telles sont les manœuvres générales d'exploration vagino-pelvienne, telles qu'on les voit ou qu'on peut les représenter; mais la besogne effective se passe dans la profondeur: et, si l'expérience

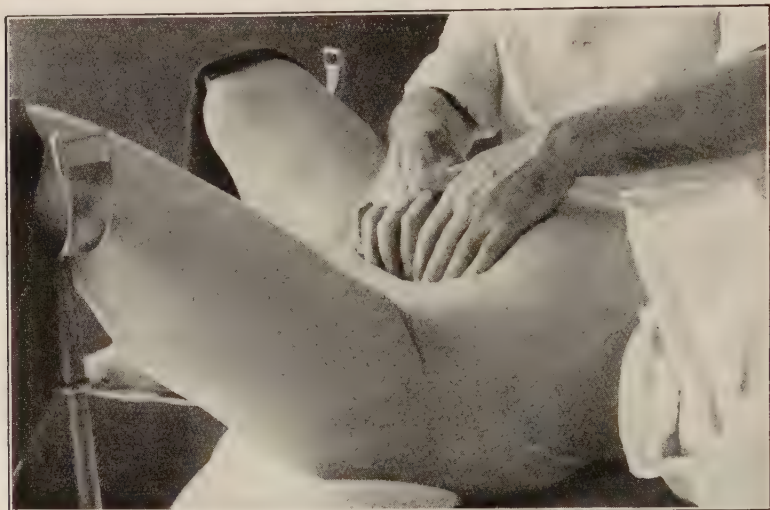


FIG. 365. — Exploration vagino-pelvienne. — Palper plongeant, latéro-utérin, avec les deux mains.

acquise est capitale, elle gagne toujours à s'exercer suivant un ordre et des règles.

I. — Vous avez le col; vous passez derrière lui, en le suivant : vous êtes dans le **CUL-DE-SAC POSTÉRIEUR**. — Que trouvez-vous?

a. Une **voussure transversale**, qui saille en relief dans le cul-de-sac, le comble, et descend plus ou moins bas; elle « tient », en bloc; elle est **douloureuse**, au doigt, et donne la sensation d'une masse **infiltrée, tendue, ou fluctuante** profondément; au-devant et au-dessous d'elle, la paroi vaginale postérieure est souvent **œdématisée**. Il y a de la fièvre, élevée parfois, et à grandes oscillations; il y a eu, d'ordinaire, une crise initiale d'accidents péritonéaux.

Abcès du cul-de-sac postérieur (V. fig. 411, F), abcès rétro-utérin; hématocele suppurée; — salpingo-ovarite prolabée, en état de suppuration aiguë; pyo-salpinx, abcès de l'ovaire; — abcès pelvi-péritonitique, procédant d'une salpingo-ovarite ancienne, restée haute, ou d'une infection tubaire aiguë, puerpérale, gonococcique.

Bien entendu, le palper hypogastrique, médian et latéral (voy. fig. 363, 365, 366), devra toujours être combiné à l'exploration basse; ce sont des cas où la colpotomie devient parfois indiquée.

b. Une **voussure transversale**, plus ou moins **saillante** et « descendante »; épaisse, **empâtée**, dépressible; **peu sensible** à la pression; se prolongeant de chaque côté, et, d'ordinaire, d'un côté surtout, où elle remplit le cul-de-sac latéral, et encercle le segment déclive de l'utérus.

Au palper hypogastrique, vous retrouvez — souvent — le **pôle supérieur** de la masse, qui **déborde plus ou moins l'arcade crurale**, et remonte dans l'une des fosses iliaques, ou dans les deux. Pas de fièvre ou très peu (37°5, 38°).

Enfin, la femme **perd du sang**, en petite quantité, assez souvent,



FIG. 366. — *Exploration vagino-pelvienne. Palper et toucher en position inclinée.*

mais tous les jours — et depuis quand? Informez-vous avec insistance, et vous retrouverez, presque toujours, un retard menstruel, de durée variable, souvent réduit à quelques jours, une semaine, deux semaines; une perte initiale, assez brusque, abondante, accompagnée de réactions abdominales plus ou moins marquées et persistantes (douleur, ballonnement et défense du ventre, nausées ou vomissements, pâleur, ictus syncopal au début). C'est à la suite de cette hémorragie première que se sont établies les *petites pertes journalières*, qui ne cessent pas — et qui apportent au diagnostic, s'il y a doute, un appoint de valeur capitale.

Vous êtes en présence de l'hématocèle rétro-utérine typique, par rupture de grossesse tubaire (fig. 367). L'hémorragie initiale, qui a suivi l'avortement avec rupture de la paroi tubaire, s'est enkystée, figurant un gros hématome pelvien (dans le cul-de-sac de Douglas,

déclive), ou ilio-pelvien : il suit l'évolution des collections sanguines de cet ordre : il peut s'accroître brusquement, au cours de poussées correspondant, sans doute, à des hémorragies secondaires ; il peut suppurer (voy. p. 314).

Si l'enkystement ne se fait pas, ou n'a pas le temps de se faire, après la rupture, on se trouve en présence de l'hémorragie *intra-péritonéale diffuse*, qui commande l'intervention d'urgence, et que nous retrouverons plus loin (Voy. *Gros ventres*).

Mais je dirai tout de suite, que l'hématocèle rétro-utérine classique est bien loin d'être l'unique expression des hémorragies enkystées, et nous allons voir d'autres hématomes tubaires et péri-tubaires, après avortement, qui revêtent de tout autres caractères d'exploration (voy. p. 323).

c. Une **voussure**, encore, qui **saille moins** que l'abcès du cul-de-sac

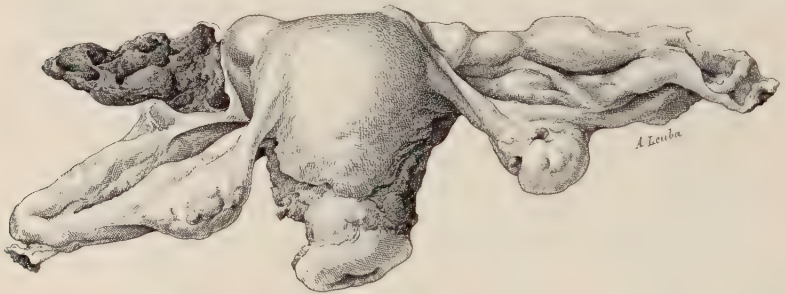


FIG. 367. — Rupture de la trompe droite gravidé. — La trompe gauche étant noueuse, et fermée au pavillon, l'hystérectomie fut pratiquée.

postérieur ou l'hématocèle, une voussure **immobile**, formant bloc, de consistance irrégulière, et qui se diffuse, souvent, sur l'un des côtés de l'utérus, et quelquefois des deux côtés, en l'encadrant.

Palpez-la minutieusement, cette voussure, en vous aidant de la « main » hypogastrique : l'utérus « tient », le col ne se déplace pas ; la masse est plus ou moins douloureuse à la pression, surtout en quelques points, en un point ; elle est ferme, parfois un peu bosselée et ramollie, ici ou là ; il arrive qu'elle soit d'une dureté particulière, et qu'elle figure un véritable blindage rétro et péri-utérin.

Salpingo-ovarite prolabée, enveloppée de fausses membranes, adhérentielles, et de pseudo-kystes pelvi-péritonitiques, et bloquée derrière l'utérus, lui-même souvent rétrofléchi ; — **Salpingo-ovarite et utérus fibromateux** (fig. 368), les bosselures annexielles et les bosselures utérines figurant une masse commune, de consistance inégale, et qu'il faut s'attacher à définir autant qu'on le peut ; — gangue de **pelvi-péritonite chronique**, développée autour de lésions tubo-ovariennes, plus ou moins haut situées, ou consécutive à une poussée aiguë, qui remonte plus ou moins loin.

♂ Ailleurs, ce n'est plus une masse, une voussure plus ou moins saillante, adhérente, transversale et sans limites nettes, que vous trouvez dans le cul-de-sac postérieur, mais **une bosse compacte**, de contours bien définis, souvent mobile — **une poche** bien circonscrite.

Une bosse compacte. — Cherchez d'abord, en suivant étroitement la face postérieure du col, si la « bosse » fait corps avec l'utérus, ou si, du bout de l'index, un **sillon** n'est pas repérable, qui la sépare de



FIG. 368. — Pyo-salpinx droit, salpingo-ovarite gauche; utérus fibromateux (fibrome sous-péritonéal tordu). — Engainée par des adhérences, la masse utéro-annexielle formait bloc dans le cul-de-sac postérieur.

la face utérine postérieure; ou encore, lors de mobilité, si vous ne pouvez la faire glisser, de bas en haut, sur cette face. — Cette dernière épreuve est-elle positive, vous pourrez avoir affaire : à un **fibrome à long pédicule et prolabé** — à une **tumeur solide de l'ovaire**.

Si vous relevez une continuité utérine nette, et que votre index, en remontant derrière le col, rencontre un **angle d'inflexion** bien caractérisé, vous pourrez conclure que ce qui fait relief dans le cul-de-sac postérieur, c'est le **fond de l'utérus**.

Cherchez à le redresser.

Le col est-il fortement reporté en avant, derrière le pubis, et l'angle d'inflexion, dont nous venons de parler, est-il très obtus ou presque nul, il s'agira d'une **rétroversion** utérine. Je crois bien que cette rétroversion typique n'est pas fréquente, hormis le cas des rétroversions secondaires, consécutives à certaines tumeurs, qui siègent et « pèsent » sur le devant de l'utérus.

Vous verrez beaucoup plus souvent la *rétro-verso-flexion*, où la **rétroflexion** proprement dite.

Pour réduire, refoulez doucement, sans hâte, de bas en haut et d'arrière en avant, le fond utérin prolabé, en vous aidant, s'il y a lieu, de la position inclinée. Il y a, en effet, une rétroflexion *enclavée*, et une rétroflexion *adhérente*.

La rétroflexion *enclavée* (gros utérus, congestion chronique du fond utérin prolabé, métrite hypertrophique chronique, fibrome du fond) se

dégage, en général, et se réduit dans la position inclinée.

La rétroflexion *adhérente* peut être absolument fixe, et l'on prendrait aisément le fond utérin prolabé, parfois assez mou, pour une masse annexielle. Or, ces adhérences témoignent d'un processus antérieur de pelvi-péritonite annexielle, et, s'il n'y a plus d'annexite « en activité », il y a toujours

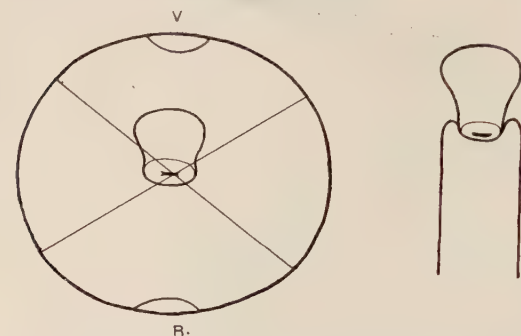


FIG. 369. — Schéma d'exploration gynécologique (état normal). — Un cercle; V, vessie; R, rectum; deux diamètres croisés au niveau du col; l'utérus en avant (antéflexion normale). — Un tracé vertical; vagin, culs-de-sac latéraux, utérus.

quelque reliquat (inflexion et nodosités de la trompe, oblitération, partielle ou totale, du pavillon). — Ailleurs, le fond utérin n'est pas fixe: il se laisse relever, mais incomplètement, il ne bascule pas en

avant; « quelque chose » le retient: rétroflexion lâchement adhérente; mais adhérente quand même, et, de ce fait, douloureuse.

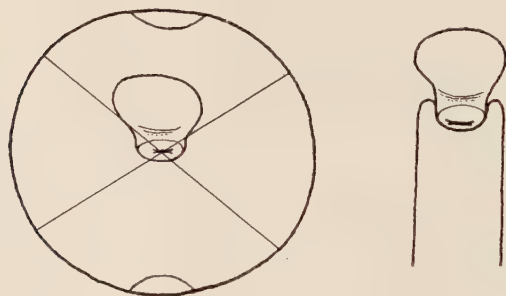


FIG. 370. — Antéflexion utérine (schéma).

bile, libre, cette fois. — Il arrive, qu'après redressement, l'utérus prolabe de nouveau en arrière, dès que les mains cessent d'agir: « le pli est bien pris », et l'inflexion ancienne. Ailleurs, si vous répétez l'examen à quelques jours ou à quelques semaines d'intervalle, vous pouvez trouver antéfléchi, cette fois, ou latérofléchi, le fond utérin: c'est un utérus instable, *ballant*, dont l'isthme est trop long, trop flasque, trop peu contractile, et qui « ne tient plus debout ».

Quand l'utérus se réduit et se redresse, sous le doigt, et reprend son attitude normale en antéflexion, sous la « main hypogastrique », vous avez la *rétroflexion mobile*.

Pour inventorier ces attitudes successives, et aussi lors des « tumeurs », de tout ordre, utérines et péri-utérines, — on se trouvera bien de figurer schématiquement les résultats de l'exploration. Il y a divers types de ces « tracés gynécologiques » ; celui que nous représentons ici¹ nous paraît simple et pratique.

Fig. 369 : les deux schémas de l'état normal ; un cercle, — où sera inscrit, — en projection, « ce que l'on sent au fond du vagin » ; un tracé vertical, utéro-vaginal.

Fig. 370 : *Antéflexion* ; l'utérus se sent et s'inscrit en avant ; pli de flexion cervico-utérin.

Fig. 371 : *Rétroflexion* ; plus d'utérus en avant ; il est tout entier en arrière ; pli cervico-utérin postérieur (voy. plus loin : fig. 378, 380, 386).

Enfin, le fond de l'utérus rétrofléchi est souvent « hypertrophié », surtout lorsque l'affection date de loin, et aussi, lorsqu'il est adhérent.

Palpez-le avec grand soin, et pensez au fibrome, au *fibrome du fond*, *prolabé en arrière*, et qui parfois, interstitiel ou sous-péritonéal, ne s'accuse par aucune hémorragie. C'est au palper, en effet, que l'on reconnaîtra un noyau, plus ou moins volumineux, épais, compact, bien délimité, et qui se distingue nettement, par sa consistance, de la coque utérine enveloppante. Il peut arriver même que ces fibromes du

fond rétrofléchi soient calcifiés, et, dans le cas représenté figure 372, la tumeur (une grosse pierre), enclavée dans l'excavation, avait provoqué une occlusion intestinale, en aplatisant et obturant la fin de l'anse sigmoïde. Elle fut énucléée en bloc (fig. 373).

1. Et qui était utilisé, l'an dernier, dans notre service, par notre ancien interne, M. le Dr Hertz.

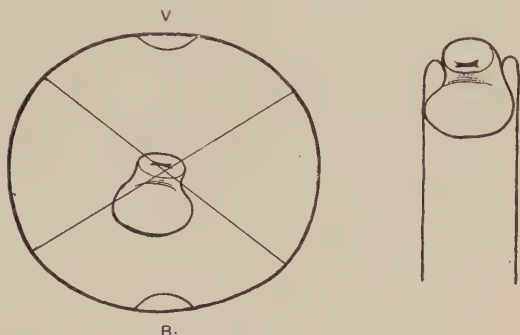


FIG. 371. — Rétroflexion utérine (schéma).

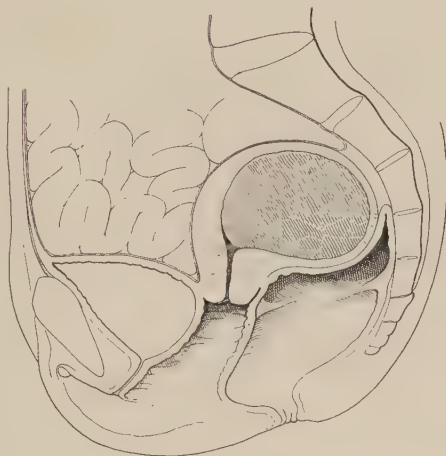


FIG. 372. — Rétroflexion avec fibrome calcifié du fond utérin. Iléus par compression.

On devra penser encore à la **rétroflexion de l'utérus gravide**; mais alors, les données du palper sont tout opposées, et l'on s'étonne (il y a lieu de s'étonner, tout au moins) de trouver un fond utérin 'sphéroïde,

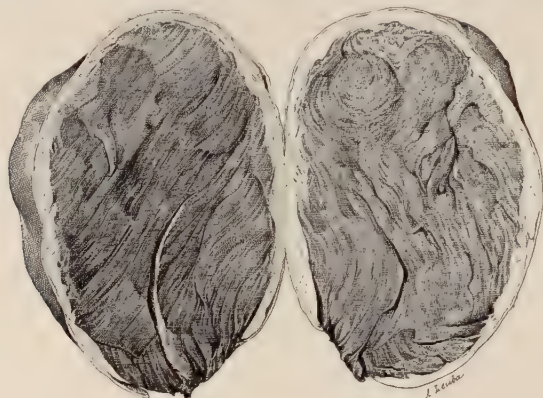


FIG. 373. — *Rétroflexion avec fibrome calcifié (entouré d'une coque calcaire) du fond utérin.*

mou, presque fluctuant; le ramollissement du col, la suspension menstruelle, et les autres signes, permettent de compléter le diagnostic, si on les recherche l'attention étant attirée sur cette hypothèse.

Ajoutons que l'occlusion peut aussi succéder à la rétroflexion

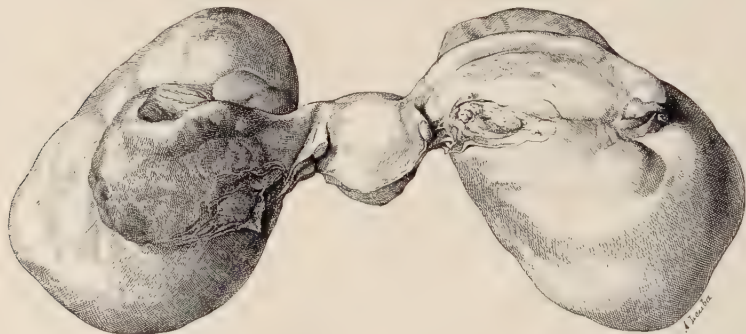


FIG. 374. — *Salpingo-ovarite kystique bilatérale. Petits kystes des deux ovaires.*

gravidique. Nous en avons opéré un cas, où l'utérus, gravide de cinq mois et demi, qui comprimait l'S iliaque, était maintenu en rétroflexion par des adhérences, émanant d'un fibrome sous-péritonéal du fond¹.

Une poche. — Ce n'est pas une tumeur, une « bosse », compacte, que vous repérez dans le cul-de-sac postérieur; mais une poche plus ou moins grosse, bien circonscrite, plus ou moins tendue, prolabée, enclavée ou adhérente, mobilisable, ou non, de bas en haut. **Cette poche, que peut-elle représenter?**

1. Lemerrier. *Occlusion intestinale et puerpéralité*. Thèse de Paris, 1908.

Un *kyste de l'ovaire* (un petit kyste), prolabé; un *petit kyste bilatéral* quelquefois (fig. 374); un *hydro-salpinx* (un gros hydro-salpinx) (fig. 375) tombé aussi derrière l'utérus;

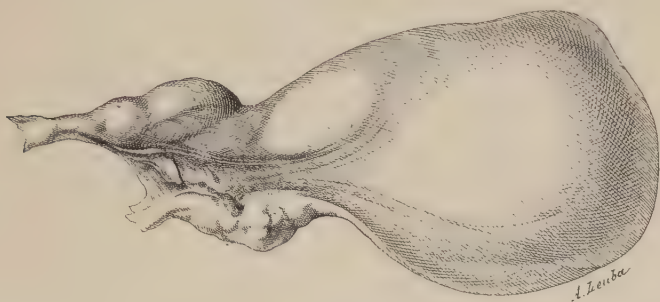


FIG. 375. — Gros hydro-salpinx.

Un *pyo-salpinx*, un gros *abcès de l'ovaire*, également prolabés, de date ancienne, sans doute, absolument froids et indolents, mobiles ou fixes, mais ne s'enveloppant d'aucune *traînée épaissie*, d'aucune



FIG. 376. — Pyo-salpinx double.

gangue périphérique. On voit parfois deux gros pyo-salpinx, de ce genre, inclus dans le cul-de-sac postérieur (fig. 376).

II. J'arrive au **CUL-DE-SAC LATÉRAL**. — Bien entendu, aucune cloison étanche ne le sépare du cul-de-sac postérieur; mais il y a tels cas (qui sont courants), où l'**exploration bi-manuelle révèle une masse, une tumeur, sur le côté, alors qu'on ne trouve rien en arrière**. — Encore une fois, à quoi penser?

a. Accidents aigus, douloureux, fébriles; vous trouvez le **cul-de-sac latéral comblé, soulevé** par une masse saillante, tendue, collée à l'utérus, qu'elle déplace plus ou moins, collée à la paroi du bassin.

Elle est **douloureuse** au moindre contact, cette masse latéro-utérine; elle s'infiltre plus ou moins bas sous la paroi latérale du vagin, dont la muqueuse est œdématisée. Par le palper abdominal, on en retrouve parfois le pôle supérieur, mais avec peine, car la paroi est en « défense ».

Abcès; *abcès de la gaine hypogastrique*, disait-on autrefois,

abcès d'origine annexielle, tubaire ou ovarienne, suppuration péri-annexielle.

Il peut être unilatéral, et nettement latéral, cet abcès; il peut fuser en arrière, et figurer, encadrant le col et l'immobilisant, une grosse voussure latéro-postérieure.

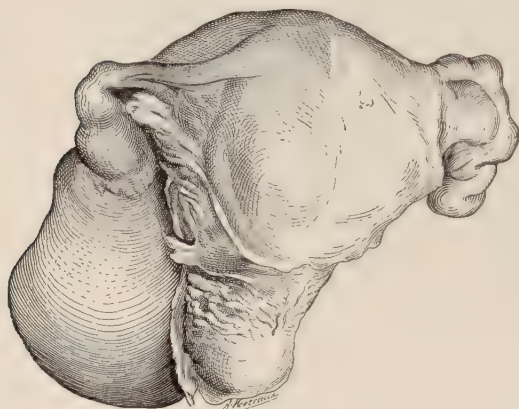


FIG. 377. — *Pyo-salpinx*, accolé au bord de l'utérus.

b. Plus souvent, vous êtes en présence de lésions **froides, ou refroidies**. Un des culs-de-sac latéraux est plein, les deux parfois.

Examinez avec grand soin (fig. 365) ce qui remplit le cul-de-sac; prenez votre temps : à explorer sans hâte, doucement, vous provo-

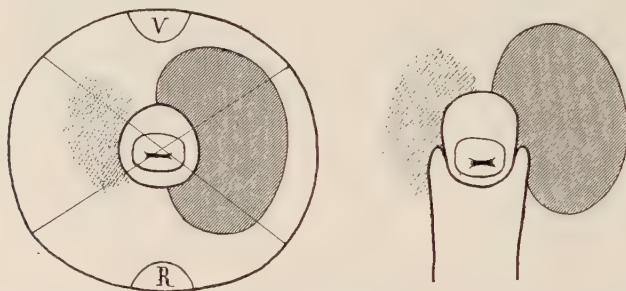


FIG. 378. — *Abcès annexiel du cul-de-sac latéral*; — un peu d'épaississement à droite (schéma).

quez le minimum de réaction douloureuse, et les « défenses », qui se manifestent souvent au premier contact, céderont peu à peu.

Cherchez, du bout de l'index, à remonter le long du bord de l'utérus, puis, en dehors, sur la paroi latérale du bassin, en contournant la masse; essayez d'en faire le tour, par en bas; et puis, de la circonscrire de bas en haut, entre l'index « vaginal » et la main hypogastrique.

Vous pourrez reconnaître, dans cette masse, un relief arrondi, fluctuant.

Que représente-t-elle, **cette poche**?

Un **pyo-salpinx**, accolé au bord de l'utérus (fig. 377), un gros pyo-salpinx (on en voit d'énormes), libre ou presque, remplissant le cul-de-sac latéral, et prolabé, par son fond, dans le cul-de-sac postérieur; un abcès de l'ovaire, un abcès tubo-ovarien (fig. 378).

Un **hydro-salpinx** (fig. 375); un **petit kyste de l'ovaire**, adossé au bord utérin, mobile ou adhérent; un **petit kyste du ligament large** (fig. 379) : poches bien apparentes, en général, de paroi mince, fluctuantes ou très tendues, souvent mobiles, indolentes.

Un **kyste sanguin**, latéral, **d'avortement tubaire**. — Et, ici, je m'arrête.



FIG. 379. — Petit kyste du ligament large.

Gardez-vous bien, en effet, de limiter les accidents de la grossesse tubaire à l'hémorragie intra-abdominale diffuse et à l'hématocèle rétro-utérine classique (p. 316 et fig. 380).

Il arrive — souvent — que l'avortement tubaire, s'il survient dans

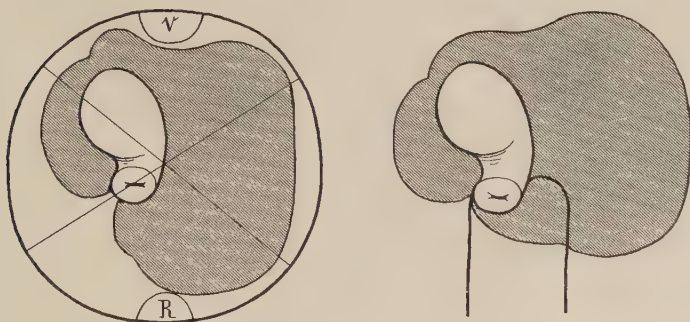


FIG. 380. — Hématocèle rétro-utérine (schéma).

la continuité de la trompe, à distance du pavillon, n'y crée pas de rupture ni de fissure ouverte dans le péritoine; mais y laisse un hématome circonscrit, occupant la trompe seule (fig. 381), ou la trompe et la partie avoisinante du ligament large (fig. 382 et 383); ou encore, s'il survient près du pavillon, qu'il ne soit suivi que d'un

épanchement sanguin médiocre, vite enkysté, et qui fait corps avec l'extrémité tubaire (fig. 384 et 385).

Les accidents initiaux ont tourné court; ils datent parfois de plusieurs semaines, et vous vous trouvez [en présence d'une « masse » latérale (fig. 386), latéro-postérieure, antérieure même, qui revêt toutes les apparences d'une « poche » annexielle.

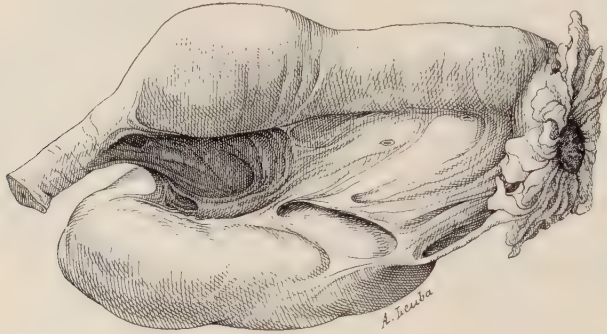


FIG. 381. — Avortement tubaire, sans rupture (fausse couche tubaire).

La consistance pâteuse, et, d'autre part, le volume de cette masse enkystée, qui contraste avec l'indolence et l'absence de réaction fébrile; très souvent, aussi, la persistance des « petites pertes rouges » intermenstruelles, mettront sur la voie; on recherchera l'accident primitif

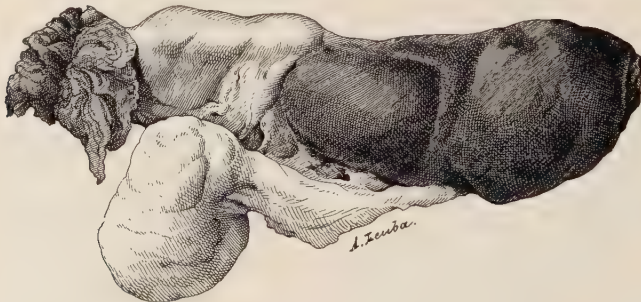


FIG. 382. — Avortement tubaire : hématome enkysté de la trompe et du ligament large.

(retard, ictus douloureux, hémorragie, réactions péritonéales), et l'on pourra souvent — si l'on y pense — faire le diagnostic.

Ajoutons que ces hématomes para-tubaires latéraux sont assez souvent extirpables en bloc : la figure 387 en fournit un exemple des plus démonstratifs. Et ces faits opératoires mettent bien en lumière le processus que nous décrivons, et qui est fréquent, plus fréquent que la grande hématocele rétro-utérine.

On trouve encore parfois, au cours de laparotomies, pratiquées sur

de, tout autres indications, de petits hématomes, fort anciens, appendus au pavillon (fig. 388), et qui témoignent du même processus, d'un avor-



FIG. 383. — Avortement tubaire : gros hématome du ligament large.



FIG. 384. — Rupture de grossesse tubaire près du pavillon : hématome enkysté.



FIG. 385. — Rupture de grossesse tubaire près du pavillon : hématome enkysté; extirpé en bloc.

tement tubaire des premiers jours ou des deux premières semaines.
Enfin la figure 389 représente un hématome de l'ovaire, qui

semblait consécutif à une grossesse ovarienne avortée; mais ce n'est là, cette fois, qu'une hypothèse.

Rappelons encore les **poches multiples, en grappe**, que figurent certains **épithéliomas kystiques de l'ovaire** (fig. 390) : leur consistance est presque dure, mais leur surface noueuse et bosselée est

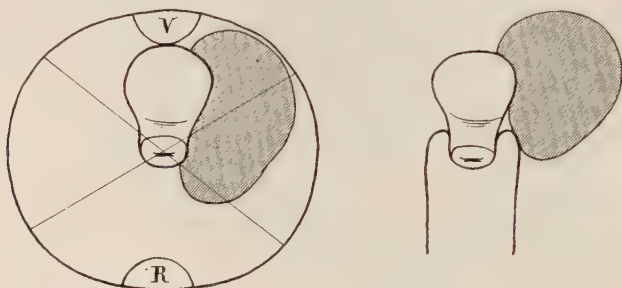


FIG. 386. — Poche latérale d'avortement tubaire (schéma).

caractéristique; il y a, de plus, souvent, un peu d'ascite; mais la malade peut avoir conservé un état général de belle apparence, comme dans le cas figuré ci-contre.

C. Dans d'autres conditions, vous ne trouvez ni abcès chaud, ni poche, ni kyste, mais une « masse », de volume variable, adhérente,

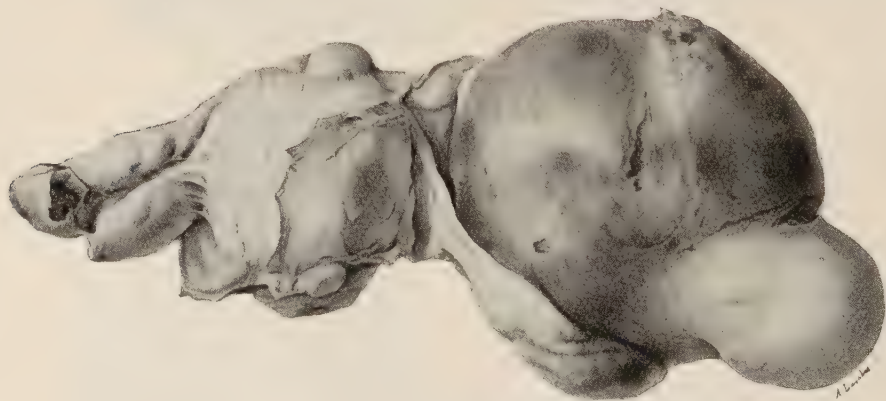


FIG. 387. — Rupture ancienne de grossesse tubaire. — Grosse poche sanguine, extirpée en bloc (hystérectomie).

épaisse, empâtée ou ferme, et de contours imprécis. Elle fait relief, parfois, dans le cul-de-sac latéral et entoure le col; — ailleurs, elle est peu accessible au toucher vaginal; mais « le cul-de-sac n'est pas libre; il y a quelque chose, au fond »; c'est l'exploration bi-manuelle latérale (fig. 363), qui permet seule, alors, de conclure, en révélant parfois une masse haut située. La douleur provoquée au toucher, au

palper abdominal, sera toujours d'une signification particulière, si elle est nette, constante, et se retrouve toujours au même point.



FIG. 388. — Petit kyste hémétique, appendu au pavillon de la trompe : reliquat d'avortement tubaire.

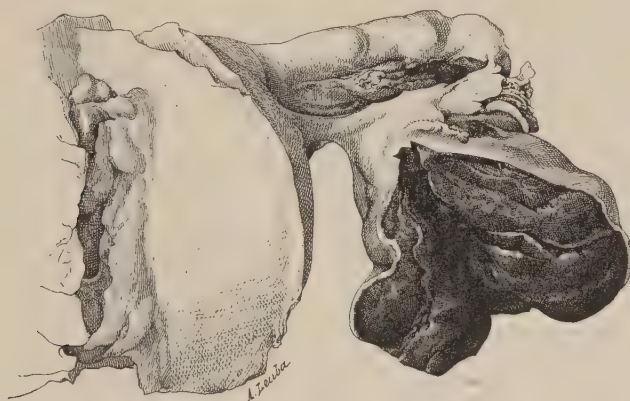


FIG. 389. — Hématome de l'ovaire : grossesse ovarienne avortée (?).



FIG. 390. — Épithélioma kystique de l'ovaire.

Annexites et péri-annexites chroniques, sans abcès, sans kystes, au moins appréciables. Et la question qui se présente en pareil cas

(ce sont des cas journaliers, pourrait-on dire), question de traitement, question opératoire, soulève parfois des difficultés particulières : l'exploration bien conduite, et répétée, garde la plus grande part dans la solution et la décision qui s'imposent finalement.

Je dirai seulement que, si la douleur est révélatrice, lorsqu'elle

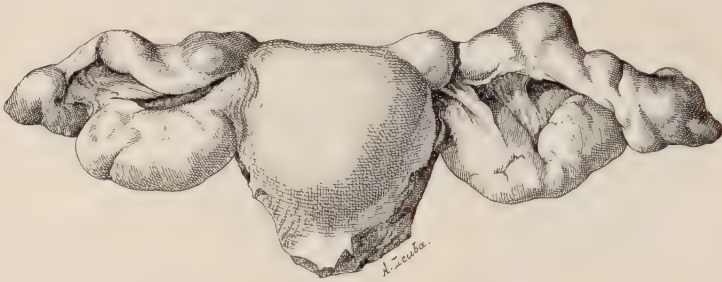


FIG. 391. — Salpingite tuberculeuse, noueuse.

s'accompagne de « quelque chose », même de très peu de chose », au palper, la douleur seule, quand « on ne sent rien », définitivement rien, doit toujours faire naître le doute (appendicite chronique d'emblée, entéro-colite, ptose abdominale, prolapsus initial, utérus ballant, etc. et pithiatisme?).

D'autre part, lorsque vous constatez une gangue péri-annexielle



FIG. 392. — Nodosité de la corne utérine et de la portion initiale de la trompe, dans une salpingite chronique.

E, Frange épiploïque adhérente; K, Ovaire droit kystique; N, Nodosité; O, Ovaire; T, Trompe fermée, dilatée, sinueuse, suppurée; U, Utérus.

volumineuse, diffuse, un peu empâtée, ou compacte et presque dure, rappelez-vous que ce phlegmon chronique pelvi-péritonitique peut s'assouplir et se réduire singulièrement, par le « repos horizontal », suffisamment prolongé, et que c'est alors, après ce traitement d'attente, que vous jugerez, en toute connaissance de cause, des lésions proprement dites, et aussi, que vous interviendrez, s'il faut intervenir, dans les meilleures conditions. C'est l'histoire du plastron,

du plastron chronique, si je puis ainsi dire, qui persiste, autour de certaines appendicites, après la crise : mieux vaut attendre, quand on



FIG. 393. — *Épithélioma des deux trompes.* — Remarquer le petit polype appendu à l'ostium uterinum gauche.

le peut (et, du reste, en pratique, on ne le peut pas toujours), que le plastron se soit en grande partie résorbé.

Enfin, on fera bien de garder deux arrière-pensées, en présence de

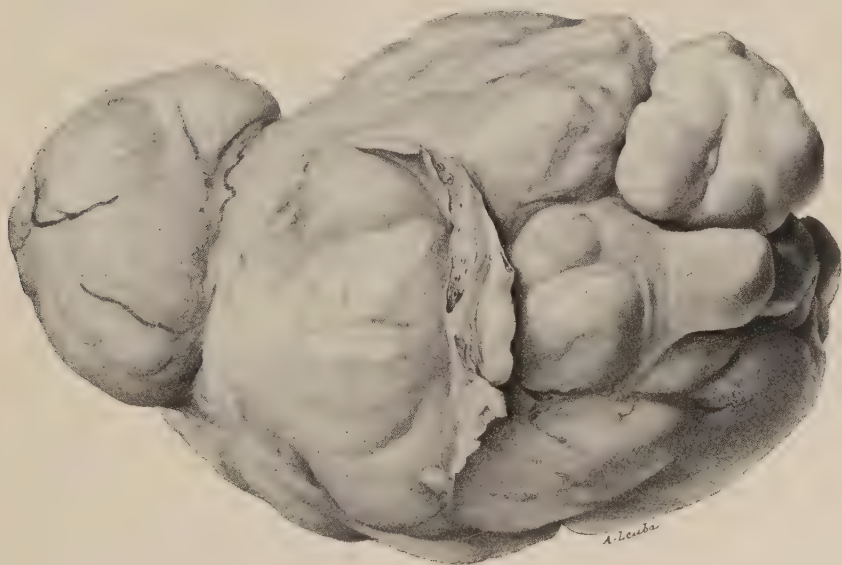


FIG. 394. — *Gros épithélioma compact de l'ovaire.*

ces tumeurs annexielles, sous quelque forme qu'elles se présentent.

L'une se réalisera plus souvent qu'on ne le pense, en général; je veux parler de la **tuberculose annexielle**. Sans doute, il y a des cas, où l'état pulmonaire, l'état général, l'ascite affirment d'emblée le diagnostic; mais vous verrez des salpingo-ovarites, d'allures banales,

qui sont ou qui deviennent tuberculeuses, et dont la nature ne sera démontrée qu'à l'examen des pièces (fig. 391), après ablation, et surtout à l'examen histologique et à l'inoculation.

Elles sont souvent bosselées, noueuses, et il convient toujours de s'inquiéter, lorsque ces bosselures multiples occupent les deux trompes; — on se souviendra, du reste, qu'il existe souvent, dans les salpingites chroniques du type habituel, une grosse nodosité à la corne utérine et à l'émergence de la trompe (fig. 392).

La seconde arrière-pensée répond à une éventualité rare : **épithélioma tubaire** (fig. 393); **épithélioma de l'ovaire** (voy. p. 326). J'ai vu récemment, chez une malade que m'avait adressée M. Siredey, une grosse tumeur du cul-de-sac latéral, pour laquelle, après une longue et minutieuse observation, le diagnostic restait hésitant entre la masse annexielle et l'hématocèle latérale; je trouvai, à la laparotomie, un épithélioma végétant de l'ovaire, ouvert dans l'intestin.

La figure 394 représente un gros épithélioma, compact et encapsulé, très peu mobile, de l'ovaire, qui avait fait penser à un fibrome du ligament large.

III. Enfin, lorsqu'on rencontre une « tumeur », de contours nets, — ou une masse, fluctuante ou compacte, localisées, exactement cantonnées dans le **CUL-DE-SAC ANTÉRIEUR**, on précisera, par le palper sus-pubien combiné au toucher (fig. 363), par l'exploration en position inclinée, les caractères de siège, de limitation, de consistance, de mobilité ou de fixité — et les hypothèses que voici devront se présenter à l'esprit, et servir de directives à l'examen :

Antéflexion utérine; — antéflexion *avec fibrome du fond*; — antéflexion d'*utérus gravide*.

Kyste de l'ovaire, de petit ou médiocre volume, kyste dermoïde, parfois; exceptionnellement tumeur solide de l'ovaire, prolabée en avant de la vessie, et parfois adhérente.

Fibrome antérieur de l'isthme (voy. fig. 334), adhérent ou non; quelquefois fibrome du corps ou du fond, à *long pédicule, tombé et inclus dans le cul-de-sac vésico-utérin*.

S'il s'agit d'une **masse inflammatoire avec abcès**, — on pourra avoir affaire à un *pyo-salpinx* ou à un *abcès de l'ovaire*, prolabés en avant, qui figurent une collection bien circonscrite et isolée, et dont les attenances latérales ne sont reconnaissables que malaisément; — à un abcès d'origine *appendicitaire* ou *péri-sigmoïdienne*. (Voy. plus haut. *Région hypogastrique*.)

VULVE, VAGIN, COL UTÉRIN

A la **VULVE**, méfiez-vous de l'ŒDÈME, unilatéral ou bilatéral, qui infiltre en bourrelet les grandes lèvres; il dénonce presque toujours une lésion muqueuse, qu'il faut rechercher, en écartant doucement les deux parois vulvaires accolées. Vous trouverez une *vulvite*, une métro-vulvo-vaginite aiguë, le plus souvent gonococciques; — des

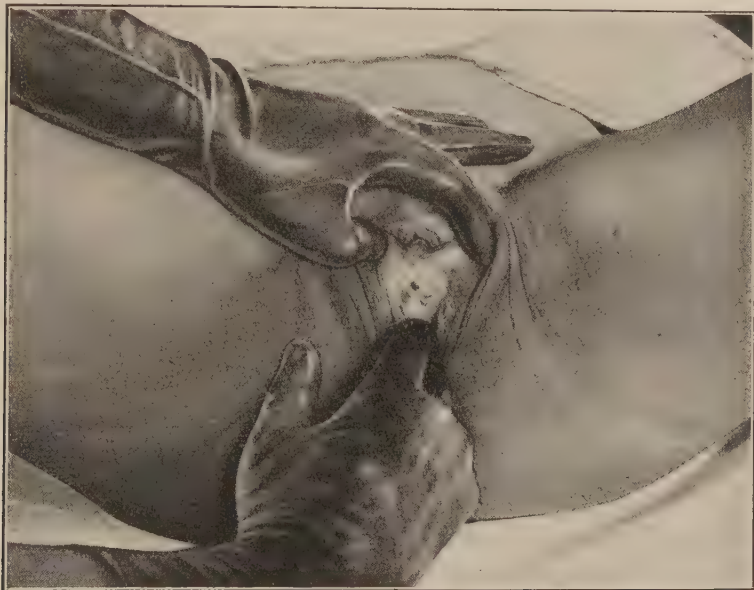


FIG. 395. — Examen de la région antérieure, méatique, de la vulve.

érosions muqueuses suspectes, chancrelleuses ou spécifiques; — enfin le chancre induré (ganglions inguinaux).

L'examen vulvaire doit porter en avant, sur les côtés, en arrière.

I. **EN AVANT**, au-dessous du clitoris et de l'attache supérieure des petites lèvres, c'est au **méat urétral**, à l'**urètre**, à la **paroi urétro-vaginale**, que l'examen doit s'adresser. Regardez la figure 395 : le pouce et l'index gauches écartent les lèvres en haut, en découvrant la région méatique; l'index droit pénètre dans le vagin, en suivant la paroi urétrale déclive; dans le cul-de-sac antérieur, vous le retournerez, pulpe en avant, et vous le ferez redescendre lentement, pour l'exploration que nous allons indiquer.

Le méat : Il est évasé, rouge, suintant, parfois, et c'est alors que l'index « vaginal », en comprimant la paroi urétrale inférieure

de haut en bas, y réveille une sensibilité plus ou moins vive, et ramène une goutte de pus : *urétrite*, dont il reste à préciser la nature, car elle n'est pas toujours blennorragique.

Ailleurs, vous voyez au méat une ou plusieurs excroissances, molles, flasques, rougeâtres ou violacées, qui gênent la miction, qui saignent même de temps en temps; *polypes mu-*

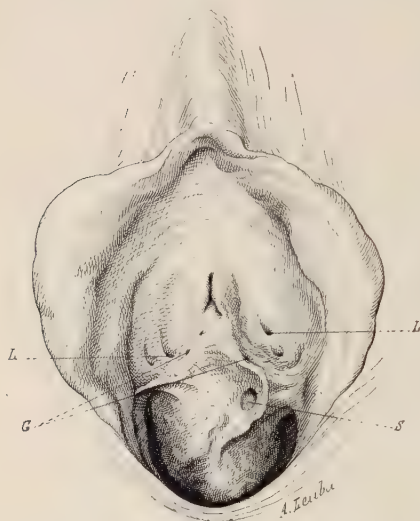


FIG. 396. — Région péri-méatique de la vulve.
C, Canalicules de Skene (ici fortement éversés);
LL, Lacunes para-urétrales; S, Lacune du
septum uréthro-vaginal.

queux de l'urètre. Ils s'implantent d'ordinaire sur la lèvre inférieure du méat; quelquefois, ils se prolongent sur la muqueuse urétrale, et l'urètre en est plein, sur une hauteur variable.

Encore faut-il ne pas confondre les polypes du méat avec l'éversion circonférentielle, le *prolapsus de la muqueuse urétrale*; c'est un bourrelet muqueux, continu et circulaire, que l'on relève en pareils cas, et, d'ordinaire, il s'associe à un orifice élargi et béant, et à une certaine incontinence. C'est ce bourrelet muqueux qu'il convient d'exciser.

Enfin, vous verrez parfois de ces excroissances méatiques, qui saignent au moindre contact, et qui donnent lieu à de véritables hémorragies : *polypes muco-vasculaires* peut-être; — songez toutefois à l'*épithélioma pédiculé*, et recherchez la consistance des soi-disant polypes.

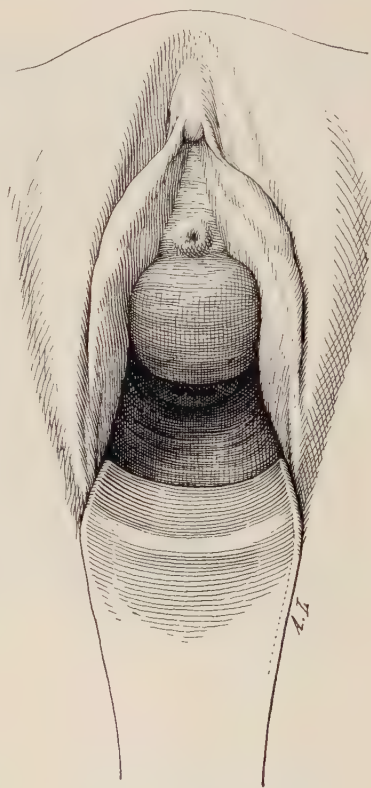


FIG. 397. — Absès sous-urétral.

Autour du méat, examinez toujours avec grand soin la muqueuse; vous y apercevrez de petites dépressions en cul-de-sac, des *lacunes*, de petits *diverticules*. Deux de ces diverticules sont classiques : ce sont les canalicules de Skene, qui s'ouvrent sur la muqueuse urétrale, à quelques millimètres en arrière du méat, mais dont les orifices apparaissent au dehors, lors d'éversion de cette muqueuse,

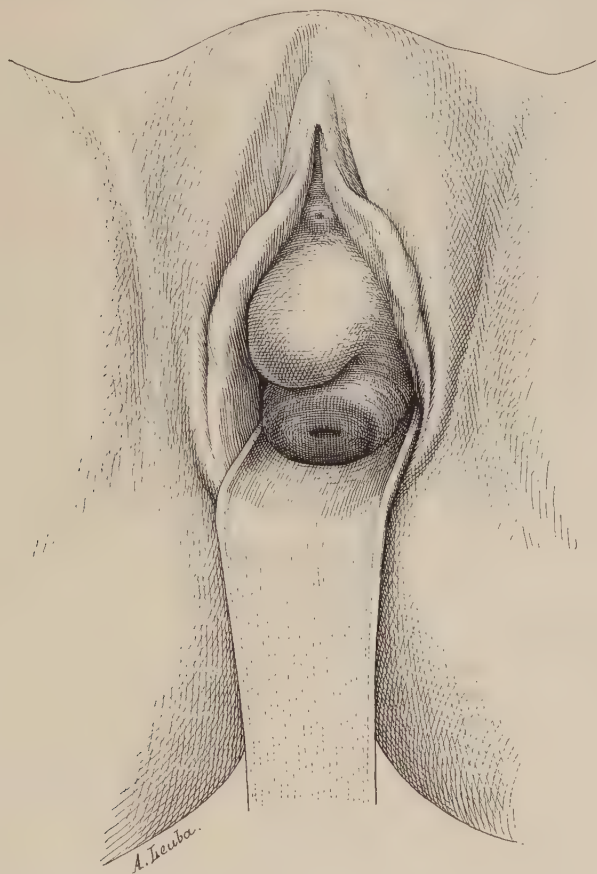


FIG. 398. — Kyste de la paroi uréthro-vaginale.

(fig. 396) et qui se prolongent obliquement, en dehors et en arrière, vers les petites lèvres.

Lacunes et diverticules sont des recessus pour l'infection; ils deviennent parfois le siège de petits abcès superficiels, péri-méatiques; et, si l'on prend soin d'exercer quelques pressions sur cette muqueuse péri-méatique, on pourra voir sourdre de petites gouttelettes de pus, qui témoigneront, après les urétrites et les vulvites gonococciques, par exemple, de l'infection persistante.

Au-dessous et en arrière du méat, vous verrez parfois, saillante entre les lèvres, recouverte d'une muqueuse rouge, œdématisée, une « bosse » médiane, très douloureuse au palper, fluctuante : c'est un **abcès sous-urétral**, un abcès de la paroi inférieure de l'urètre, du septum uréthro-vaginal (fig. 397).

Ces abcès ne sont pas très rares; j'en ai ouvert, qui, gros comme un œuf, obstruaient l'entrée du vagin. Cherchez toujours, en les comprimant, autant que le permet la douleur, si quelques gouttes de

pus ne viennent pas sourdre au méat, et si la collection n'est pas déjà en voie de fistulisation urétrale, ce qui, du reste, ne contre-indique nullement, tout au contraire, l'incision déclive immédiate.

Vous pourrez rencontrer, en effet, de ces poches sous-urétrales, moins tendues, moins sensibles, qui se vident par le méat, sous la pression, et, peu à peu, se remplissent; si du pus s'évacue ainsi, du pus mal lié, jaunâtre, fétide souvent, l'hypothèse d'un abcès sous-urétral « mal ouvert » dans l'urètre, deviendra plausible, surtout

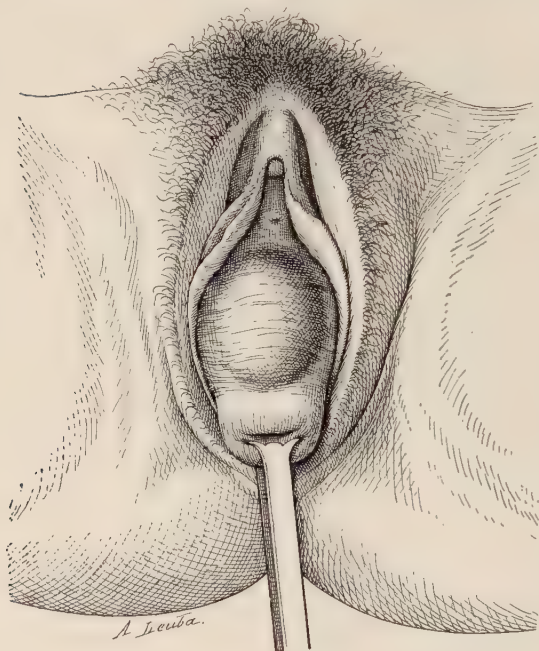


FIG. 399. — Fibrome du septum uréthro-vaginal.

lorsque les commémoratifs révèlent des accidents aigus initiaux; mais il convient de penser aussi à l'urétrocèle infectée.

L'urétrocèle, la dépression en cul-de-sac de la paroi urétrale inférieure, accompagne souvent la cystocèle, ou le prolapsus utéro-vaginal; mais elle peut s'observer isolée, et figurer une poche diverticulaire de l'urètre, volumineuse parfois, où stagne l'urine. Elle se réduit sous le doigt, plus ou moins aisément, pendant que le contenu s'en évacue au méat : ce contenu est mélangé de pus, si le cul-de-sac sous-urétral s'est infecté, ce qui n'est pas rare; de plus, il contient assez souvent de petits graviers ou de la poussière calculeuse, et, dans certains cas, il peut devenir l'habitat de calculs plus ou moins gros. On sent leur relief dur au palper.

Je voudrais rappeler qu'en présence d'une tumeur molle sous-urétrale, le palper doit toujours être exécuté, comme nous le disions p. 331 (fig. 395), de *très haut en bas*; alors seulement, si rien ne sourd au méat, on peut être à peu près assuré que la poche ne « communique » pas.

Il y a, effectivement, des poches sous-urétrales, vieux abcès, abcès froids, *kystes de la paroi urétro-vaginale* (fig. 398), qui, peu tendues, feraient croire à une réduction par évacuation, alors qu'elles « s'étalent » simplement sous le doigt.

J'ajoute tout de suite qu'il y a des kystes bien tendus, bien sphériques, très gros et saillants entre les lèvres, qui ne laissent aucune place à l'hésitation, et ne pourraient être confondus qu'avec les tumeurs solides que nous allons signaler.

Avant cela, nous mentionnerons un fait d'observation fréquente; l'épaississement du *septum uréthro-vaginal*, en bas, à l'entrée du vagin. En explorant comme figure 395, on constate assez souvent, à ce niveau, une sorte de noyau un peu saillant, ferme, presque dur, et c'est, en réalité, le plus souvent, un *durillon muqueux*: il est parfois doublé d'une bourse séreuse, et ces bourses séreuses peuvent devenir le point de départ d'abcès sous-urétraux, qui, eux, siègent sous la muqueuse, et non plus dans la cloison urétro-vaginale.



FIG. 400. — Gros fibro-myome sous-urétral.



FIG. 401. — Épithélioma de l'urètre, chez la femme. L'urètre néoplasique réséqué.

Quant aux **tumeurs solides**, les figures 399 et 400 en représenteront deux exemples;

Figure 399. **Fibrome du septum urétro-vaginal**;

Fig. 400. **Fibro-myome**, gros comme un œuf, distendant la vulve et prolabé au dehors. L'extirpation en fut simple : il atteignait, sans adhérences notables, à la paroi inférieure de l'urètre. Je dois dire que la tumeur avait été prise, en ville, pour un prolapsus, et même qu'un pessaire avait été appliqué.

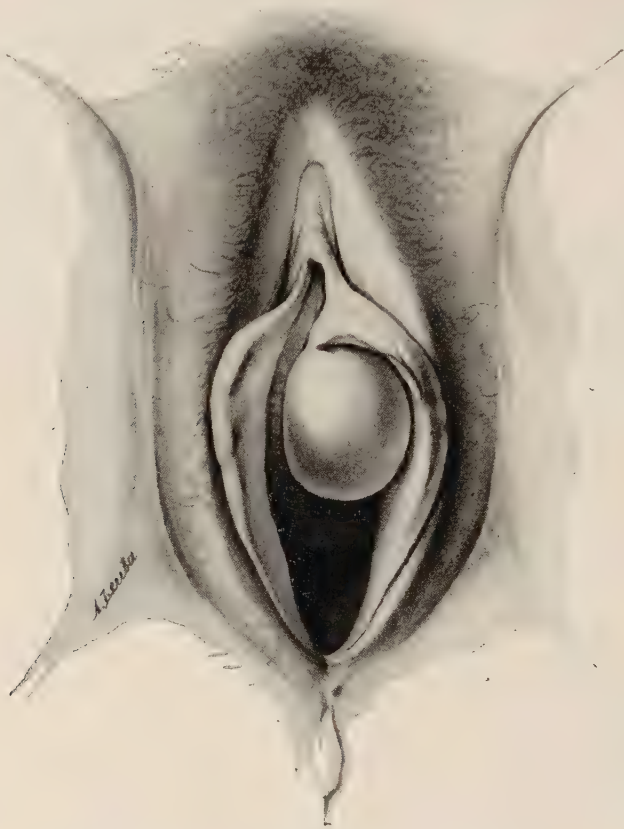


FIG. 402. — Kyste de la petite lèvre gauche.

Reste l'**épithélioma de l'urètre**. Ici, la tumeur ne dessine pas de relief circonscrit à la paroi inférieure; elle entoure le méat, et l'urètre, plus ou moins haut, d'un blindage dur, circonférentiel, qui forme masse sous le doigt (fig. 401).

Ailleurs, il s'étend rapidement à la région clitoridienne et à la vulve, et nous reparlerons de cette variété urétro-vulvaire tout à l'heure, ainsi que de l'épithélioma clitoridien, à propos des cancers de la vulve.

II. SUR LES COTÉS DE LA VULVE, on peut rencontrer :

Des abcès. — L'abcès de la glande de Bartholin, la *Bartholinite*

suppurée : grande lèvre œdématisée, saillie ovoïde, rouge, douloureuse, fluctuante, sur la face muqueuse, au tiers inférieur.

L'abcès de la grande lèvre, œdématisée, tuméfiée en gros bourrelet, et qui devient fluctuante sur toute sa hauteur.

Il arrive parfois que ces abcès de la grande lèvre soient des *hématomes suppurés*, consécutifs à ces gros hématomes labiaux, qui succèdent aux chutes à califourchon et aux contusions diverses de la vulve.

Des kystes. — *Kystes de la glande de Bartholin*, qui font relief également sur la face muqueuse.

Kystes de la grande lèvre, rares ; on songera toujours aux *kystes hématiques*, procédant d'un hématome ancien et oublié : j'en ai vu et opéré plusieurs cas ; et aux *kystes sacculaires*, séreux, développés dans un sac herniaire déshabité.

Kystes des petites lèvres (fig. 402) ; ils peuvent être multiples et en grappes.

Des Bartholinites chroniques, consécutives à des abcès, à des kystes insuffisamment extirpés. En pinçant entre le pouce et l'index la grande lèvre et la paroi vulvaire latérale, comme le représente la figure 403, on apprécie la masse interstitielle résistante ; et ce palper est applicable à toutes les « tumeurs » latérales de la vulve.



FIG. 403. — Palper de la paroi latérale de la vulve (bartholinite chronique).

Des ulcérations. — Ulcérations, érosions *simples*, dues aux vulvites chroniques ; ulcérations, érosions *spécifiques*, de divers âges. (Voy. plus haut, p. 331). Je voudrais rappeler encore l'*ulcère tuberculeux*, qu'il siège sur tel ou tel point de la muqueuse, ou en dehors, sur la peau de la grande lèvre (fig. 404) ; de bord irrégulier, décollé, de surface bourgeonnant à regret, gris-jaunâtre par places, de fond mince, il peut être assez nettement caractérisé, comme dans le cas représenté ici.

Enfin l'**épithélioma**, végétant ou ulcéré, est loin d'être rare à la vulve. La figure 403 montre un *épithélioma de la grande lèvre droite* : cherchez-en les limites internes, muqueuses; externes, cutanées; par la manœuvre de la figure 403, appréciez le volume et la consistance, et surtout les atténuances profondes ou la complète indé-



FIG. 404. — *Ulcère tuberculeux de la grande lèvre gauche.* — (Jeune fille de vingt ans. Pas d'autres ulcérations vulvaires. Ganglions inguinaux).

pendance de la grande lèvre, et n'oubliez pas les ganglions inguinaux.

Méconnues et propagées, ces néoplasies labiales peuvent aboutir au *cancer diffus de la vulve*; plus souvent, ce cancer vulvaire, caractérisé par l'infiltration en masse des petites lèvres, de la zone péri-urétrale, de l'orifice vaginal, même de la fourchette, par les bosselures indurées et les ulcérations saignantes, procède de l'*urètre* (voy. p. 336 et fig. 406) ou encore du *clitoris*.

En arrière, à la commissure postérieure, à la fourchette, c'est le **périnée** qu'il faut toujours explorer et savoir explorer. Que de métrites chroniques se refusent à guérir, parce que le périnée est insuffisant, et la vulve béante, en arrière! Que de prolapsus initiaux sont méconnus, parce qu'on n'explore pas suffisamment le périnée!

Quand l'orifice vulvo-vaginal est normal et sain, le doigt ne pénètre pas directement, d'avant en arrière, dans le vagin : il doit franchir une « marche d'escalier », la commissure postérieure, une

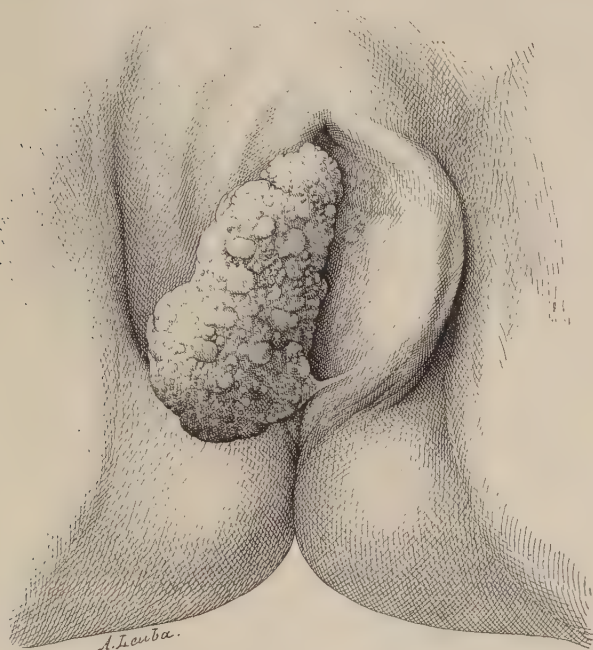


FIG. 405. — Épithélioma de la grande lèvre droite.

marche plus ou moins haute, plus ou moins ferme, suivant l'intégrité et la « valeur » du périnée; et vous l'appréciez, cette épaisseur et cette résistance périnéale, avec les deux index, disposés comme figure 407.

Si le périnée est dépressible et flasque, que la vulve soit ouverte en arrière, et qu'un peu de muqueuse prolabe, au moindre effort, l'appareil de soutien décline, utéro-vaginal, est compromis, et le prolapsus menace.

Mais vous constatez autre chose : une « bosse » muqueuse fait relief, en arrière, dans l'effort, et c'est au-dessus d'elle que l'index peut pénétrer dans le vagin : **rectocèle**, procidence de la paroi recto-vaginale.

Ailleurs, c'est en avant que vous voyez émerger une pareille saillie, et c'est au-dessous d'elle que le doigt pénètre : **cystocèle**, procidence de la paroi vésico-vaginale (fig. 408).

Rectocèle et cystocèle peuvent s'observer isolément, la cystocèle isolée étant, du reste, plus fréquente.

Toutes deux se combinent souvent; la procidence antérieure est plus proéminente d'ordinaire.

C'est le **col et l'utérus** qu'il faut alors explorer. Pratiquez le toucher : vous le trouvez, ce col, plus ou moins abaissé; appliquez à son sommet votre index, et faites faire un effort : vous le sentez qui est refoulé et tend à s'abaisser davantage. Voyez la figure 409 : une valve abaisse la paroi postérieure et la rectocèle; le pouce gauche rétracte la cystocèle : le col paraît, il est prolabé, lui aussi, et tout près de la vulve.

Comparez cette figure à la figure 410 : ici, il n'y a aucun relief, aucun prolapsus muqueux, en avant et en arrière, et il suffit

d'écarter les parois antérieure et postérieure du vagin pour découvrir le col; on le voit parfois saillir à la vulve, ou immédiatement au-dessus de la vulve, à la simple inspection.

Suivez-le, ce col apparent : il est libre dans le vagin, et remonte, très long (E, fig. 411). C'est un **allongement hypertrophique, sous-vaginal**, du col.

Ailleurs, plus rarement, le col, qui se montre à la vulve, n'est pas de longueur anormale, mais, autour de sa base, vous trouvez les culs-de-sac vaginaux abaissés, que vous déplissez et refoulez avec l'utérus : (B, fig. 411); c'est un *allongement de la portion sus-vaginale*, de l'isthme.

Il ne faut pas seulement explorer le col dans les prolapsus, il faut explorer l'*utérus* (fig. 412). En règle, vous le trouverez rétrofléchi :

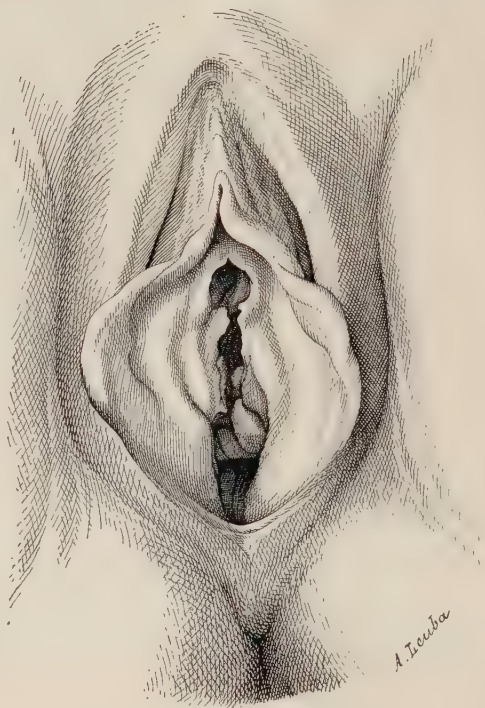


FIG. 406. — Épithélioma de l'urètre, propagé à la vulve.

rétroflexion et prolapsus sont pratiquement deux termes connexes,

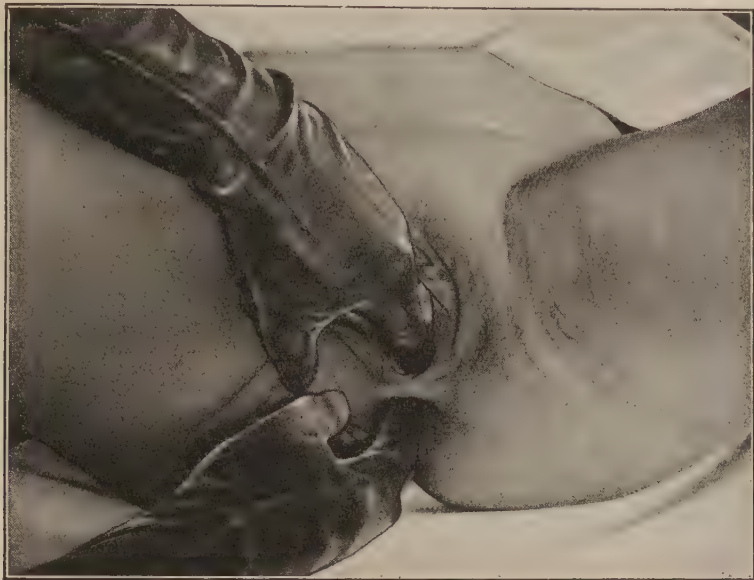


FIG. 407. — Exploration du périnée.

qui témoignent de l'insuffisance définitive des moyens de soutien.

Enfin, lorsque vous vous trouvez en présence du **prolapsus total**



FIG. 408. — Cystocèle isolée.

(fig. 413), vous aurez à déterminer la réductibilité, le volume, la surface et la consistance de l'utérus prolabé; — les masses annexielles



FIG. 409. — Prolapsus utérin; examen du col abaissé.

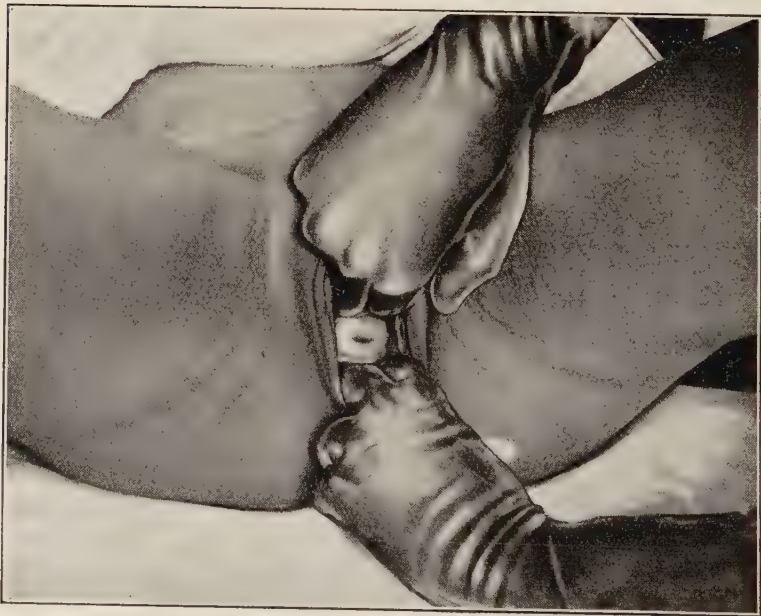


FIG. 410. — Allongement hypertrophique, sous-vaginal, du col.

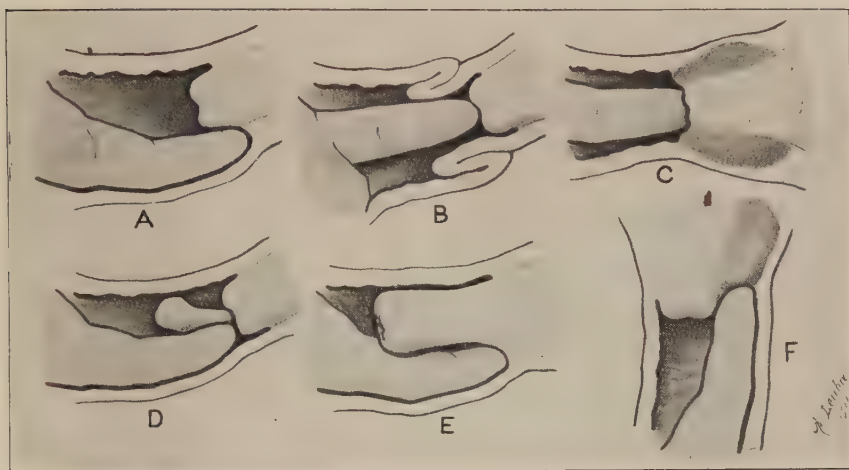


FIG. 411. — Toucher vaginal : le col et les culs-de-sac.

A, Temps initial du toucher : l'index, dans le cul-de-sac postérieur, repère le col : — B, L'index refoule le col, lors d'abaissement utérin, et d'hypertrophie sus-vaginale, en déplissant les culs-de-sac ; — C, Col utérin, cratériforme, immobilisé par une gangue péri-cervicale (cancer avancé du col) ; — D, Polype muqueux ; — E, Allongement hypertrophique ; sous-vaginal ; — F, Masse rétro-cervicale, remplissant le cul-de-sac postérieur.

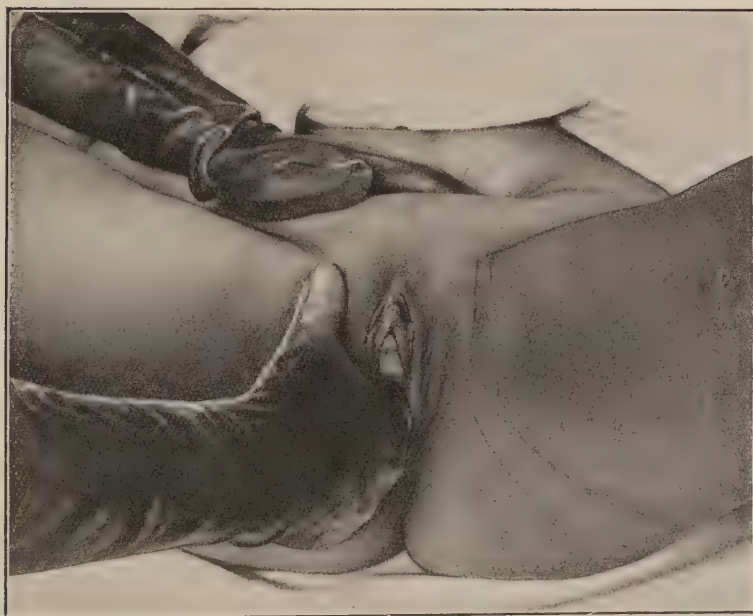


FIG. 412. — Prolapsus utérin ; examen de l'utérus.

dont il est parfois doublé latéralement, ou en arrière — la nature des ulcérations dont il peut être le siège à son extrémité proéminente : ulcérations simples, parfois très larges (fig. 413), ulcérations en dégénérescence néoplasique, noueuses sur leur bord et saignantes (biopsie).

Il faut reconnaître que cette dernière forme est rare, et que cette rareté ne confirme pas de tout point ce que l'on écrit généralement



FIG. 413. — *Prolapsus total de l'utérus, avec large ulcération.*

sur le rôle des irritations périphériques dans le développement du cancer.

AU VAGIN, il faut s'attendre, bien que ce soient là, en somme, des éventualités exceptionnelles, aux **brides** et aux **cloisonnements**, d'origine congénitale ou cicatricielle.

Cloisonnement total de l'orifice vulvo-vaginal, chez des jeunes filles ou des jeunes femmes, avec **hématocolpos** : c'est là un accident rare, mais bien connu (Voy. *Chirurgie d'urgence*, p. 373). J'ai opéré, l'an dernier, une jeune femme — elle était mariée depuis six mois — chez qui la cloison vaginale déclive présentait un petit orifice, tout en avant, derrière l'urètre : c'est par là que s'écoulait le flux menstruel, et l'on avait même pensé que le sang s'évacuait par l'urètre et qu'il existait une communication profonde, vagino-urétrale : la membrane fut excisée et soigneusement ourlée à son pourtour.

Vous verrez d'autres *cloisonnements acquis*, consécutifs à la rétraction cicatricielle d'ulcérations vaginales, post-partum : incomplets

d'ordinaire, mais figurant parfois un large écran, avec lumière centrale étroite (fig. 414), occupant le plus souvent la partie profonde du vagin; membranes dures, assez minces d'ordinaire, irrégulières et feutrées. Ce sont, ailleurs, des brides, ou un faisceau de brides, que l'on trouve au même niveau, et qui procèdent, là encore, d'une plaie ou d'une eschare, obstétricales, du vagin, d'une plaie accidentelle, d'une brûlure. Il convient d'être prévenu de ces faits, pour n'avoir pas de « surprise » : le mieux sera, parfois (s'il s'agit de femmes d'un certain âge), de ne pas toucher à ces cicatrices saillantes, lorsqu'elles sont haut situées et ne créent aucune gêne; ailleurs, il deviendra utile de les débrider et de les exciser, pour explorer et traiter un col qui saigne derrière, et pour « restaurer la voie ».

Nous avons déjà signalé, à plusieurs reprises (voy. p. 315) *l'œdème et l'infiltration de la paroi vaginale*, surtout de la paroi vaginale postérieure, dans l'hématocèle, dans les abcès du cul-de-sac postérieur. On retrouve ce même épaississement pariétal, plus ou moins accusé, dans les vaginites aiguës, et il doit toujours être noté, car il dénonce la *périvaginite*, qui peut devenir phlegmonieuse.

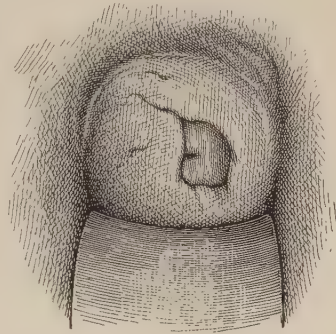


FIG. 414. — Cloisonnement profond, incomplet, cicatriciel, du vagin.

Vous pourrez rencontrer encore, sur les parois du vagin, des **tumeurs**, *kystes*, *fibromes*, *sarcomes*, observations rares; enfin l'*épithélioma*, l'épithélioma primitif, qui ne procède pas d'un cancer du col utérin, ou d'un cancer vulvaire, propagés : il se manifeste, cette fois encore, par l'induration et l'hémorragie.

Vous y verrez enfin des **fistules** — fistules **urinaires**, à la paroi vaginale antérieure, au col, dans les culs-de-sac latéraux; — fistules **fécales**, à la paroi postérieure (fistules recto-vaginales), au fond du vagin, quelquefois (fistules intestino-vaginales).

À la nature de l'écoulement, on reconnaît d'avance de quel côté la communication anormale s'est établie. Pour en préciser le siège, les caractères, les conditions d'opérabilité, les examens spéciaux, la cystoscopie et la rectoscopie, en particulier, sont nécessaires; mais un bon examen vaginal, préliminaire, ne s'en impose pas moins.

La **fistule vésico-vaginale** — le plus fréquent de ces accidents — est parfois méconnue, et passe pour de l'incontinence, parce qu'on « n'y a pas pensé » et qu'on a mal exploré le vagin. Et cela peut

advenir surtout, lors de fistules étroites, qui permettent encore, dans une certaine mesure, la miction urétrale. J'ai le souvenir de deux femmes, qui étaient atteintes, de la sorte, d'une incontinence partielle, depuis un accouchement, remontant à dix-huit mois, à deux ans et demi; elles appartenaient à un milieu, où l'on s'accommode aisément aux infirmités; du reste, elles souffraient peu, le vagin et la vulve s'étaient assez vite « endurcis » au contact permanent de l'urine; les soins locaux, et le traitement général « reconstituant », qui leur avaient été conseillés, leur avaient suffi jusqu'alors. *A la longue*, elles s'étaient inquiétées. Chez l'une et l'autre, on trouvait une fistule vésico-vaginale.

Il faut se souvenir que cette fistule — antérieure — est souvent haute, au ras du museau de tanche, au fond du cul-de-sac. Au toucher si l'on explore méthodiquement la muqueuse, de bas en haut et d'un bord à l'autre, on découvre parfois un orifice, un petit bourrelet circulaire, une dépression, un « creux » : indices, tout au moins, qu'il faut noter.

Mais ce sera l'examen direct, à la vue, qui deviendra seul démonstratif. Pour le bien faire, les conditions d'attitude et d'éclairage sont capitales. On utilisera la position inclinée, en écartant avec une large valve, la paroi vaginale postérieure, pendant qu'on relève, d'avant en arrière, avec une autre valve, et qu'on « expose » successivement la paroi antérieure. Vous vous trouverez bien, encore, de répéter cet examen dans la position genu-pectorale.

Vous trouverez un orifice, ourlé d'ordinaire, comme nous le disions plus haut, d'un bourrelet de muqueuse; orifice tout petit, anfractueux, qu'on reconnaît mal avec le stylet recourbé ou la bougie, et qu'on ne définit bien, parfois, qu'en injectant dans la vessie du lait bouilli, une solution de bleu de méthylène ou de permanganate de potasse, et en voyant sourdre les gouttelettes colorées; — orifice plus large, bien reconnaissable, qui laisse pénétrer le bec d'une sonde, ou même le bout du doigt, et qui, en règle, est transversal.

Ne vous attendez pas, du reste, à pratiquer cette exploration aussi simplement qu'on la décrit : il y a des adhérences, des brides, au fond de ce vagin, il est rétracté, induré, mal extensible, et, dans certains cas, l'exploration en devient, de ce fait, singulièrement compliquée.

Ces rétractions, ces brides et ces adhérences procèdent du sphacèle originel de la paroi vésico-vaginale, de l'élimination et de la cicatrisation consécutives, et, pour une part moindre, de « l'irritation chronique », entretenue par le contact permanent de l'urine. Je n'ai jamais vu de rétraction et de blindage fibreux de la paroi vaginale aussi accusés, qu'au pourtour d'une vaste perte de substance de la paroi vésico-urétro-vaginale, chez une jeune femme de vingt-six ans, observée l'hiver dernier; l'accouchement, qui datait de six mois, avait

provoqué, avec un large sphacèle de la paroi vaginale antérieure, une disjonction permanente de la symphyse pubienne.

Il vous arrivera de ne rien découvrir « qui suinte », sur la paroi vaginale antérieure, ni dans le cul-de-sac; regardez le col, l'orifice du col; vous y verrez parfois sourdre de l'urine; *fistule vésico-utérine*, s'ouvrant dans le canal cervical; dans quelques cas, la lèvre antérieure est divisée, lacérée, et c'est au milieu de ses débris, que l'on parvient, plus ou moins difficilement, à repérer l'orifice fistuleux.



FIG. 415. — *Fistule recto-vaginale basse.*

N'oubliez pas, non plus, la fistule **urétéro-vaginale**, latérale, ouverte dans l'un des culs-de-sac, qui se traduit par un écoulement goutte à goutte continu.

Dans certains cas, l'écoulement peut ne survenir, la malade « ne se mouille », qu'au moment des mictions : fistules **urétro-vaginales**, celles-là, bas situées, et faciles à reconnaître.

En arrière, les fistules **recto-vaginales** sont, le plus souvent, basses. Voyez figure 413 : l'index « rectal » pénètre dans la fistule, et apparaît dans le vagin. La manœuvre ici représentée est, du reste, applicable à la recherche de ces trajets fistuleux, qu'ils siègent plus ou moins haut; l'examen de la paroi postérieure du vagin, en position légère-

ment inclinée, l'examen de la paroi antérieure du rectum, position genu-pectorale, sont également tout indiqués.

Quant aux fistules *intestino-vaginales*, elles peuvent s'ouvrir dans le côlon ou dans l'intestin grêle : l'écoulement stercoral est d'aspect différent, dans l'un et l'autre cas; le liquide abondant et jaune, qui

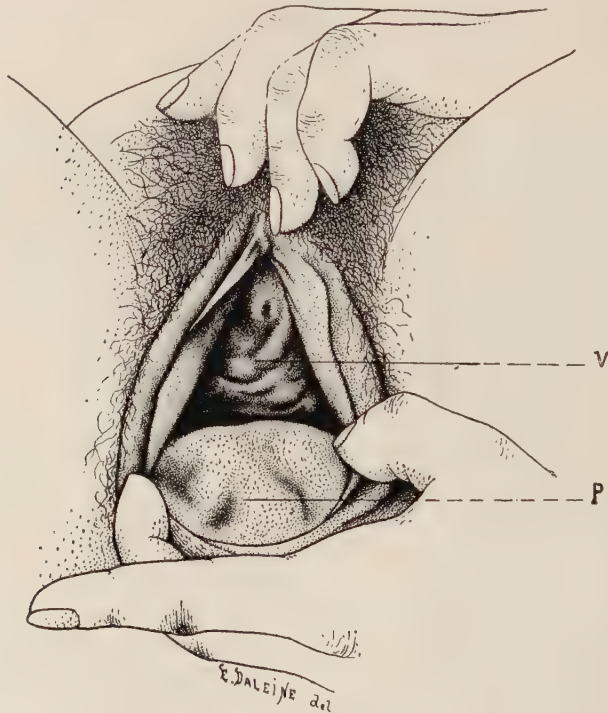


FIG. 416. — *Polype fibreux utéro-vaginal.*

V, Paroi vaginale antérieure; P, Le polype, faisant relief à la vulve.

s'échappe des fistules grêles est caractéristique. Ces fistules siègent, d'ordinaire, *au fond du vagin*.

VOILA POUR LA PAROI : LA CAVITÉ MAINTENANT.

Il vous arrivera de la trouver remplie, comblée, par une masse volumineuse, qui descend jusqu'à la vulve. Ce n'est pas l'utérus prolabé; à quoi penser?

Au **gros polype fibreux utéro-vaginal**, d'abord, à un **fibrome cervical**, ensuite; puis à une « rareté », mais qui ne doit pas être oubliée : l'**inversion utérine**.

Vous verrez de gros **fibromes cervicaux**, nés dans l'une des lèvres, le plus souvent dans la lèvre postérieure, et développés dans le vagin; en suivant, au toucher, les deux faces de la tumeur, vous pourrez

réussir, non sans peine, évidemment, à en préciser l'origine : en avant ou en arrière, vous pénétrez jusqu'à l'orifice, et jusqu'à la lèvre, indemne, du col. Il y a lieu d'ajouter que cette « reconnaissance » profonde est souvent impraticable, si la tumeur est énorme et obture le vagin : ce n'est qu'après l'avoir « accouchée », si l'extraction est possible, ou partiellement morcelée, qu'on parvient à distinguer le gros fibrome à implantation cervicale du polype fibreux utéro-vaginal.

Les **polypes fibreux utéro-vaginaux** (fig. 416), que Pozzi avait si bien décrits, remontent, par un pédicule souvent étroit, dans le canal cervical, et c'est au palper du pédicule, et des lèvres cervicales, éversées, du reste, et ramollies, qu'on peut les reconnaître. J'en ai vu et opéré qui étaient d'un volume monstrueux, faisaient relief hors de la vulve distendue, et aplatisaient par compression la vessie et le rectum. Assez souvent, ils sont sphacélés ou en voie de sphacèle, et se compliquent d'accidents infectieux fort graves.

C'est en pareilles conditions — toutefois, lors de procidence un peu moins grosse — qu'il y a lieu de penser à l'**inversion utérine**, elle-même sphacélée, parfois. Je n'ai pas oublié un fait de ce genre, qui date aujourd'hui de plus de vingt-cinq ans : une jeune femme nous était amenée en état d'infection menaçante; un liquide roussâtre, fétide, suintait à la vulve; en écartant les lèvres, on apercevait une grosse masse noire, mollassse, friable, qui distendait l'orifice vaginal; autour d'elle, l'index ne pénétrait qu'avec beaucoup de peine, et ne repérait rien de net dans la profondeur. Je me mis en devoir de morceler la tumeur (que je croyais être un polype fibreux sphacélé), pour l'abaisser peu à peu et l'extraire, et je ne tardai pas à me rendre compte qu'elle était occupée, au centre, par une cavité de paroi lisse : c'était une inversion sphacélée.

Sphacélée ou non, l'inversion ne se reconnaît qu'à l'examen, au palper, de son pôle profond; ce n'est plus un pédicule, plus ou moins épais, mais émergeant d'une cavité cervicale libre, que vous rencontrez; c'est une rainure circulaire, un cul-de-sac circonférentiel, que vous heurtez de l'index, tout autour de la tumeur prolabée, de l'utérus « retourné »; ajoutons qu'au palper hypogastrique, « on ne trouve plus rien », plus d'utérus.

Le signe du *godet périphérique continu* caractérise, dans tous les cas, l'inversion utérine. Bien entendu, l'inversion aiguë de la délivrance s'impose d'elle-même à l'attention; mais du fait qu'elles sont rares, il ne faut pas oublier les *inversions chroniques*; et, si l'on prend pour règle constante de toujours suivre jusqu'à leur implantation intra-utérine les tumeurs qui émergent du col, on se mettra à l'abri des surprises.

A côté de ces inversions *isolées*, d'origine obstétricale plus ou

moins ancienne, il convient de se souvenir également des inversions *combinées* à certains gros polypes fibreux, et consécutives, semble-t-il, à la traction pariétale exercée par le fibrome appendu. — Il arrive, d'autre part, lors d'extraction de polypes, d'abaissement malaisé, que

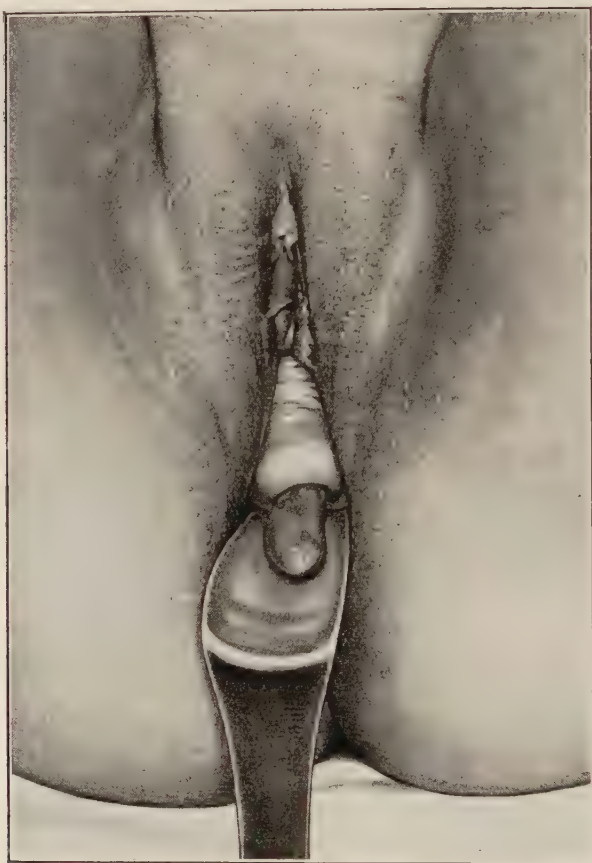


FIG. 417. — Polype muqueux du col utérin.

la paroi utérine s'inverse au niveau du pédicule, et qu'elle puisse être intéressée — si l'on sectionne sans voir.

Et cela nous amène au **col utérin**, à l'exploration du col utérin. Elle se fait au *palper*, par le toucher vaginal; à *la vue*, avec le spéculum, et les valves.

Les formes cliniques sont multiples; nous voudrions seulement appeler l'attention sur quelques types :

I. **Col ouvert**, orifice cervical plus ou moins dilaté, assez large parfois, pour que l'index y pénétre.

☞ Ce sont, souvent, des cols **polypeux**, et le polype est extériorisé, prolabé et saillant dans le vagin :

Polype *muqueux* (fig. 417), qu'on reconnaît au toucher, comme une petite masse molle, émergeant du col, et surtout à la vue directe, avec le spéculum. La femme perd du sang, beaucoup de sang et depuis longtemps; parfois vous la guérirez, séance tenante, en excisant ce « corps étranger »; mais n'oubliez pas que, pour obtenir un résultat complet et définitif, il faut remonter jusqu'à l'implantation originelle du polype, et que, d'autre part, au-dessus de lui, il existe parfois d'autres excroissances muqueuses, qui ne saillent pas à l'orifice cervical. Conclusion : faire suivre l'ablation du polype d'un soigneux curettage de l'utérus, dilaté, en général, derrière lui.

Polype *placentaire*, faux polype, pour mieux dire : débris de placenta, plus ou moins volumineux, et pédiculé, qui saille hors du col, noirâtre, friable, parfois jaunâtre, et d'apparence « fibrineuse » par places; nous parlons, en effet, des faux polypes anciens, et non de ces masses placentaires, molles et saignantes, qu'on trouve au col et au fond du vagin dans les avortements récents, non « complétés ».

Polype *fibreux*, de petit ou moyen volume, cette fois (voy. p. 290), qu'on reconnaît tout de suite à sa consistance, et dont on suit le pédicule dans le canal cervical béant.

Notez bien que, dans quelques cas, le polype fibreux endo-utérin ne fait pas relief dans le vagin, mais qu'on peut le sentir, du bout de l'index, à travers le col dilaté; et rappelez-vous, à ce propos, les *polypes intermittents*, que Demarquay avait décrits, et qui sont loin d'être exceptionnels : ils prolabent à certains moments, aux époques menstruelles, en particulier; quelques jours après, on ne les trouve plus : ils se sont réduits, ils sont rentrés dans l'utérus, à mesure que la paroi utérine reprenait sa tonicité normale.

Ailleurs, vous ne trouvez aucune procidence polypeuse à l'orifice cervical, mais, du fait, que cet orifice est béant, que la cavité utérine est « longue », (10, 12 cm. et plus), que l'utérus saigne, vous devez penser au « corps étranger » endo-utérin, aux restes d'une fausse couche plus ou moins ancienne et plus ou moins avérée, aux petits polypes muqueux de la cavité, souvent adjacents à l'un des *ostia uterina*; au fibrome sous-muqueux. Il y a toujours « quelque chose » dans la cavité ou dans la paroi interne de ces grands utérus, à col largement ouvert, et qui saignent : c'est une donnée d'expérience à retenir, et qui doit commander l'exploration et le traitement.

S'ils ne saignent pas, ces grands utérus, à large col, songez aux métrites du corps, le plus souvent post-obstétricales, à ces métrites « hypertrophiques » qui peuvent, à un examen insuffisant, faire croire au fibrome.

II. Col métritique. — J'entends le col métritique net, franc, si je puis ainsi dire, et qui ne laisse place à aucune difficulté d'interprétation, à aucune « suspicion ». Les variétés individuelles sont innombrables; je me contenterai d'en signaler trois types.

a) *Col peu volumineux, peu déformé*, orifice circulaire ou fendu transversalement, de dilatation moyenne; tout autour, une *aréole circonférentielle, rouge, tomenteuse*, (qu'on dénomme couramment « ulcération », et qui figure, en réalité, une éversion muqueuse).



FIG. 418. — *Gros col néoplasique végétant, et fibrome du corps.*
(C'est là une combinaison qui est loin d'être rare.)

Mérite cervicale au début, et, très souvent, *mérite interne* combinée : les longues trainées muqueuses, filantes, que vous voyez sourdre de la cavité utérine, en témoignent.

b) *Gros col proéminent*, en « bouchon de champagne »; largement recouvert de muqueuse éversée (ulcérée), suintante; ferme, sans être dur, un peu mou par places, parfois œdémateux, enduit, et entouré, d'un suintement purulent : *mérite cervicale hypertrophique*, qu'on peut traiter, dans certains milieux, quand le temps ne compte pas, grandement améliorer, sinon guérir, mais qui peut créer, dans d'autres conditions, des indications opératoires.

c) *Gros col, profondément divisé en travers*, avec deux lèvres disjointes qui s'écartent largement; ou sectionné irrégulièrement en tous sens, avec une muqueuse, prolabée et rouge, tapissant tous les débris cervicaux; col traumatisé, déchiré, éclaté, au cours d'un accou-

chement « difficile », métrite consécutive. Vous ne la guérirez, celle-là, qu'en excisant et réparant le col.

III. Col néoplasique. — Là encore, il y a des formes typiques; en voici deux premières.

Gros col végétant (fig. 418), saignant, dur dans la profondeur (forme papillaire); une seule lèvre peut être intéressée dans les formes initiales.

Col nouveau, dur, d'une dureté particulière, rétracté, plissé, fixe (forme nodulaire). Là aussi, les nodosités dures peuvent n'occuper qu'une des lèvres.

Quel que soit le type néoplasique, il faut toujours inspecter les culs-de-sac, le vagin, l'utérus.

Remontez, avec l'index, sur les bords latéraux du col et en arrière; voyez s'il est mobile, ce col, et si les culs-de-sac sont libres, souples, dépressibles. Sont-ils empâtés, pleins, durs, des deux ou d'un seul côté (voy. C, fig. 414), concluez-en que le processus néoplasique s'est étendu à la base des ligaments larges, ce qui modifie grandement les conditions d'opérabilité.

En explorant les culs-de-sac, explorez le vagin, et rendez-vous compte, si, tout en haut, dans la sertissure profonde, sur l'une ou l'autre paroi, à la hauteur du col, ou même plus bas, vous ne découvrez pas une plaque dure, de surface friable et saignante, un ou plusieurs nodules, de même aspect : plaque ou nodules en continuité avec l'ulcération néoplasique cervicale, ou se montrant à distance, comme un semis de greffe.

Jusqu'où remonte l'infiltration néoplasique dans l'utérus? Beaucoup plus haut, en général, qu'on aurait tendance à le croire; et la question a perdu l'intérêt particulier qu'on y attachait autrefois, l'exérèse totale étant seule indiquée, lorsqu'on opère. Un utérus long, gros, nouveau, ou encore de surface lisse, mais de consistance uniformément épaissie et indurée, ne laisse aucun doute sur l'invasion du corps utérin; il faut, de plus, rechercher avec grand soin la mobilité, conservée ou non, de ces utérus : quand « rien ne bouge », quand ils « tiennent en bloc », méfiez-vous : ce n'est pas d'adhérences pures et simples qu'il s'agit, mais, le plus souvent, de propagation péri-utérine.

J'arrive aux formes *destructives*. Il n'y a plus de col; vous trouvez, au fond du vagin :

a) Une sorte de petit moignon dur, bloqué de tous les côtés. C'est un type qui s'observe, assez souvent, chez les vieilles femmes;

b) Une vaste ulcération, irrégulière, dure, saignante, qui occupe le fond du vagin, et s'étend plus ou moins sur les parois.

Ce sont là des formes de gravité particulière, et qui ne laissent plus de place au recours opératoire.

IV. **Col suspect.** — Au contraire, tout l'intérêt se concentre sur les formes initiales, douteuses, sur les **cols suspects**. Et l'on ne saurait — à tout âge, mais surtout, bien entendu, après quarante ans — pousser trop loin cette suspicion, devant certains cols, qui « étonnent », à la vue et surtout au toucher.

Col régulier, plus ou moins gros, sans « ulcération », mais uniformément *dur*, et d'une dureté ligneuse particulière. Vous verrez des cols déchirés en tous sens (voy. p. 352), rétractés et cicatriciels, et singulièrement durs; ils peuvent devenir néoplasiques, eux aussi, mais cette induration spéciale doit attirer surtout l'attention, lorsqu'elle porte sur un col régulier.

Col présentant, sur l'une des lèvres, sur les deux quelquefois, une

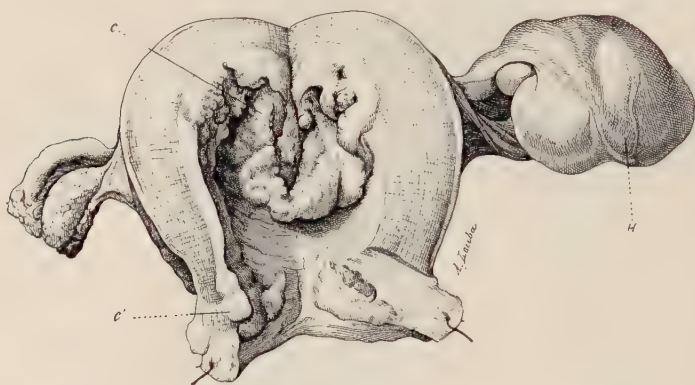


FIG. 419. — Cancer du corps utérin, occupant le fond de la cavité utérine.
c, cancer du fond de l'utérus; — c', col, normal; — H, salpingo-ovarite gauche.

ou plusieurs *nodosités dures*; il ne s'agit pas de la bosselure kystique, parfois très tendue et comme indurée, de l'« œuf de Naboth », ou de l'intumescence ferme, arrondie, de certains petits fibromes du col. Non, les nodosités sont plus petites, plus superficielles, et procèdent de la muqueuse.

Col éversé, « ulcéré », d'aspect métritique, mais *qui saigne au plus léger contact*, et qui saigne beaucoup.

Et l'on pourrait multiplier ces apparences *suspectes* du col : en pratique, c'est à la *biopsie* qu'il faut alors recourir, et sans tarder; elle conclura souvent à la métrite chronique pure et simple, mais elle révélera parfois des processus néoplasiques au début, qui, dépistés de la sorte à la première heure, se prêteront à des interventions d'efficacité durable.

C'est encore par la biopsie, — cette fois, par l'examen histologique de fragments de muqueuse, prélevés au curettage, — que l'on établira parfois le diagnostic du *cancer du corps utérin* (fig. 419).

Toutefois, l'examen clinique, bien conduit et bien interprété, fournira souvent des données à peu près démonstratives.

Le col est indemne; mais, s'il s'agit d'une femme d'un certain âge, et qui a « fait sa ménopause » depuis des mois ou des années (et c'est là le cas le plus fréquent), la réapparition des pertes rouges, les écoulements séreux, séro-purulents, souvent fétides, doivent toujours faire penser au cancer du corps. Polypes muqueux ou fibreux, endométrins, datant de loin, et qui, sous une influence mal définie, redeviennent « actifs »; métrites séniles : oui, il faut soulever ces deux hypothèses; mais, si le suintement sanguin est notable, répété, durable, s'il survient de véritables hémorragies, le cancer est en cause, soyez-en certains. Explorez l'utérus : il n'est pas bosselé, il n'est pas dur, il est plutôt un peu ramolli, parfois, mais il est gros, avec un large fond, et il grossit.

Chez une femme jeune ou relativement jeune, le diagnostic est beaucoup plus malaisé, et c'est là, surtout, que la biopsie par curettage devient nécessaire.



FIG. 420. — Chorio-épithéliome.

Chez les femmes jeunes, vous pourrez observer encore — rarement — le déciduome malin, le **chorio-épithéliome**. Dans le cas représenté figure 420, il y avait eu un arrêt menstruel de quelques semaines, suivi d'une abondante hémorragie, et cette hémorragie se répétait depuis deux mois : on avait reconnu, à plusieurs reprises, des « vésicules » au milieu du sang et des caillots. L'anémie était extrême, et l'utérus remontait à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, lorsque l'hystérectomie fut pratiquée. Elle fut suivie d'une guérison durable, constatée encore plus de dix ans après. (Voy. *Môle hydatiforme*, p. 303.)

LES GROS VENTRES

Je voudrais justifier ce titre, un peu fruste, par un souvenir. Il y a quarante ans, l'un de mes deux premiers maîtres, le vénéré et regretté Bucquoy, nous fit, à l'hôpital Cochin, des leçons cliniques sur les « gros ventres », à propos de la « maladie de Gambetta » : j'ai retrouvé mes notes, mais je compris mal, à l'époque; j'ai compris, depuis, et je crois que ce titre désigne au mieux toute une série « d'éventualités cliniques ».

Dans l'étude régionale qui vient d'être faite, nous trouvons toujours une tumeur, une masse, une zone d'empâtement, plus ou moins localisées, et cette localisation servait singulièrement au diagnostic. Ici, le ventre est gros tout entier, sans rien de local, sans rien, tout au moins, qui, nettement, d'emblée, affirme telle ou telle origine régionale.

Il convient de distinguer les **gros ventres avec accidents aigus**, les **gros ventres, d'allure chronique**.

GROS VENTRES AVEC ACCIDENTS AIGUS

Exemple. Un homme de soixante-trois ans est admis dans la nuit. Commémoratifs aussi estompés que possible; pas de famille; il a été vu, une seule fois, par un médecin, qui l'a dirigé sur l'hôpital.

Il serait malade depuis onze jours; il n'aurait pas eu de selles, depuis lors; quelques gaz? — il ne sait pas trop. Il aurait vomi dans les premiers jours : il ne vomit plus.

Le facies est angoissé, non grippé; la langue n'est pas sèche; pouls à 100, assez fort, régulier; température rectale : 38°2.

L'abdomen est *énorme, uniformément tendu*, et d'une tension irréductible. Il est sonore sur toute sa hauteur : quelque vague submatité dans les deux fosses iliaques. Pas la moindre contraction intestinale apparente. Douleur, à la palpation même légère, sur toute la surface : pas de zone douloureuse localisée. Toucher rectal négatif.

A quoi penser? Occlusion aiguë; — occlusion néoplasique, incomplète, chronique, qui s'est « complétée »; — péritonite appendicitaire?

On songe plus volontiers à l'hypothèse du néoplasme, d'un néoplasme du gros intestin, impossible à repérer, dans les conditions

présentes, et par l'examen abdominal, et par la radioscopie, car l'intervention presse. On incise la fosse iliaque droite, dans l'intention de faire une entérostomie ou une cæcostomie; or, l'on trouve dans le ventre une grande quantité de « bouillon sale »; l'appendice, libre, est amené : il est un peu rouge, sans perforation, sans sphacèle; en explorant plus haut, M. Brocq découvre, à la jonction du cæcum et du côlon ascendant, une *perforation* située au centre d'une *plaque sphacélée*, noirâtre.

Autre exemple. Une jeune femme de trente-deux ans est amenée avec des accidents mal définis et mal observés, qui dateraient de quatre jours : arrêt des selles et des gaz; vomissements, sans caractère; douleurs diffuses de l'abdomen. Aujourd'hui, le ventre est *très gros, proéminent*, d'une sonorité qui s'obscurcit un peu dans les zones déclives; pas de matité localisée, pas de tumeur ni de masse perceptibles, pas de foyer douloureux net. Au toucher vaginal, rien de saillant dans les culs-de-sac; *sensibilité*, surtout accusée à gauche.

Quelle interprétation admettre, là encore? Occlusion; — péritonite d'origine appendiculaire ou annexielle; — péritonite par perforation: — torsion? Chacune de ces hypothèses était à discuter. La laparotomie fit découvrir un abondant épanchement purulent, un appendice indemne, une trompe gauche turgescente, rouge, et dont le pavillon laissait sourdre du pus : *infection salpingienne aiguë*, d'origine utérine, et péritonite, suppurée, consécutive.

Je cite ces deux exemples — entre tant d'autres — pour rappeler à quelles multiples variétés cliniques on peut avoir affaire, dans ces conditions, et combien il importe de se poser d'abord cette question préliminaire, et d'y répondre, pour « diriger » l'exploration et recueillir les données diagnostiques utilisables : **A quoi penser?**

I. Aux **péritonites** d'origine diverse : péritonites *appendicaires*; — péritonites par *perforation gastrique, duodénale, colique, cholécystique* (certaines perforations typhiques, au cours d'une dothiéntérie méconnue, ou d'un « typhus ambulatorius », sont encore à noter); — péritonites par *infection aiguë, utéro-tubaire*, post-partum ou post-abortum (péritonites *puerpérales*); — par *rupture ou perforation* d'un gros pyo-salpinx, d'un abcès de l'ovaire, d'un kyste de l'ovaire suppuré.

Lors des formes douteuses, imprécises, que nous avons en vue, il faut tenir grand compte, dans l'examen physique, de la *sensibilité douloureuse diffuse de la paroi abdominale*, de la douleur nette, aiguë, à la pression localisée en telle ou telle zone de l'abdomen — et encore de la sonorité amoindrie, de la submatité, de l'aire sous-ombilicale, des deux fosses iliaques, ou de l'une d'elles.

Enfin l'examen local, régional (épigastrique, iliaque, utéro-vaginal, etc.) sera toujours des plus importants, même s'il ne fournit que des « indices », qui, rapprochés des commémoratifs et de l'exploration

ration générale du « gros ventre », serviront à établir un diagnostic de probabilité.

II. Aux **occlusions et pseudo-occlusions**. Qu'il me soit permis de renvoyer à ma *Chirurgie d'urgence* (p. 409) pour l'étude des diverses variétés causales. En pratique, il faut toujours regarder, palper, percuter ce « gros ventre » :

a) Il est saillant, et la *région ombilicale* *pointe*, alors que les *flancs* *sont déprimés*; sous le choc du doigt, des sinuosités transversales



FIG. 421. — Rétrécissement fibreux de l'intestin grêle (résection).

se dessinent sous la paroi; quelquefois, une anse localisée s'accuse, tendue, ferme, en relief : occlusion du grêle, de la fin du grêle, le plus souvent, par bride, par invagination (iléo-cæcale), par néoplasme (très souvent), par rétrécissement fibreux (fig. 421).

C'est alors que vous trouverez, à la percussion sous-ombilicale, un « clapotage », analogue à celui des grandes dilatations gastriques; que la zone clapotante sera mate, et que la matité se déplacera, comme celle de l'ascite, dans le décubitus latéral (signe de Mathieu). Ce

sont des anses grêles dilatées au-dessus de la sténose terminale.

b) Ailleurs, la *distension abdominale* est *généralisée* : gros ventre, sonore sur toute sa hauteur et toute sa surface; dur, « à plein », — ou dépressible encore, incomplètement « soufflé ». Et cette dernière condition est celle des occlusions chroniques, frustes, qui se sont établies avec une certaine lenteur, en laissant quelques gaz s'échapper, en ne provoquant que des vomissements sans caractère.

Faites tout de suite, « instinctivement », le *toucher rectal*, et le *toucher vaginal*, chez la femme. Vous trouverez parfois un néoplasme rectal, ou recto-sigmoïdien, haut situé, et jusqu'alors méconnu; chez la femme, vous pouvez trouver encore un fibrome enclavé (voy. p. 319 et fig. 372).

Ne manquez pas d'explorer aussi l'*anneau crural*, la *région oblu-*

ratrice : j'ai vu, récemment encore, une de ces occlusions chroniques, d'allures étranges, datant de douze jours, et qui, finalement, se traduisait par des vomissements fécaloïdes, le refroidissement, le pouls incomptable, et le « gros ventre » dont nous parlions; une cœcostomie, à l'anesthésie locale, parut seule exécutable. — A l'autopsie, on découvrit une petite hernie crurale étranglée (et non gangrenée, au bout de douze jours!).

Il vous arrivera encore de trouver le météorisme et la tension abdominale nettement plus accusée à la *région sus-ombilicale*, avec une douleur aiguë, plus ou moins loin localisée dans la même zone. Vous pouvez avoir affaire à un *étranglement haut situé du grêle* (striction, coudure, hernies intra-péritonéales); mais vous ferez sagement de ne pas oublier — bien qu'elle soit rare — la *hernie diaphragmatique*, et cela surtout, lorsque les commémoratifs, et une cicatrice, vous révèlent une plaie de la base du thorax, remontant plus ou moins loin.

Il y a quelques mois, un homme de quarante ans était adressé d'urgence, dans notre service, par un confrère, avec le diagnostic ferme de hernie diaphragmatique étranglée. Il y avait une cicatrice de coup de couteau à la base gauche du thorax, en arrière; malgré cela, on n'admit pas, d'emblée, le diagnostic si délibérément formulé; l'arrêt stercoral n'était pas complet, le malade rendait quelques gaz; le ventre ne présentait pas l'aspect coutumier de l'iléus : la paroi en était peu soulevée, dure, douloureuse, en défense, dans sa moitié inférieure, qui contrastait avec la distension de l'épigastre et des hypochondres; le pouls était plein, l'état général ne semblait pas menaçant.

On émit diverses hypothèses, et l'on transféra le malade en médecine, pour un complément d'examen. Or, par une coïncidence malheureuse, un accident d'appareil interdisait l'emploi de la radioscopie; l'opinion médicale resta hésitante, elle aussi; finalement, au bout de quatre jours, l'état s'aggravant, on intervint — et M. Braine trouva une hernie étranglée et gangrenée du côlon à travers un orifice de la moitié gauche du diaphragme.

C'était notre confrère qui avait eu raison.

Vous devrez encore penser à d'autres hypothèses cliniques, en présence de ces occlusions mal caractérisées, avec *distension sus-ombilicale prédominante*, et qui s'accompagnent de *douleurs d'une intensité particulière* : à la *pancréatite aiguë hémorragique*; à l'*oblitération des vaisseaux mésentériques*.

Dans ces conditions, il faut savoir se contenter de ce que j'ai appelé ailleurs le *diagnostic d'intervention* — et, sans tarder, intervenir. Il n'en est pas moins utile d'être prévenu des divers accidents que l'on peut rencontrer.

III. Aux **torsions**, qui se signalent par la douleur brusque initiale; par des accidents péritonéaux atténués (élévation thermique médiocre, 37°3, 38°, ou nulle; pouls assez fréquent, mais bon; vomissements plus ou moins répétés, mais sans caractère, le plus souvent); par la persistance et l'intensité prédominante des réactions douloureuses.

Le palper et le toucher révèlent une « tumeur », qui, parfois, du



FIG. 422. — Hydrosalpinx à pédicule tordu.

reste, était connue d'avance : un *kyste de l'ovaire*, d'assez gros volume, et parfaitement reconnaissable.

Le diagnostic est moins simple, d'emblée, lorsqu'il s'agit d'un petit kyste intra-pelvien, ou encore d'un *hydro-salpinx* (fig. 422) ou



FIG. 423. — Torsion tubaire : trompe fermée et dilatée près du pavillon.

d'une *salpingo-ovarite* (fig. 423 et 424), en torsion; on peut trouver alors, dans le cul-de-sac postérieur, ou dans l'un des culs-de-sac latéraux, une masse assez volumineuse, très douloureuse, peu ou pas mobilisable, et qui, parfois, en impose pour une grossesse tubaire rompue ou pour une suppuration tubo-ovarienne.

On peut encore avoir affaire à un *fibrome tordu*, fibrome sous-péritonéal pédiculé (voy. fig. 348); le fibrome peut être isolé, mais, le plus souvent, il se combine à un utérus fibromateux, plus ou moins gros, qui se reconnaît au double examen, et qui permet d'entrevoir au moins le diagnostic. La figure 425 représente une « rareté »

la torsion d'un *fibrome* du bord externe du *ligament large*, sans connexion avec l'utérus.

Je voudrais simplement rappeler — parce qu'elles sont rares, elles aussi — les *torsions du grand épiploon* (fig. 426) : elles se combinent le plus souvent à une hernie inguinale, et siègent à droite, et cette épaisse voussure, qui remplit la fosse iliaque droite et descend plus ou moins bas dans les bourses (fig. 427) est assez caractéristique, lorsqu'on y pense ; elle peut simuler un énorme *plastron appendicitaire*, mais le début est trop récent, la température trop peu



FIG. 424. — Torsion tubaire : grosse trompe, tordue à son tiers externe, violacée et en voie de sphacèle.



FIG. 425. — Fibrome tordu du ligament large.

élevée, pour justifier cette hypothèse ; de plus, au palper bien conduit, on relève la continuité de la masse iliaque et de la masse herniaire.

Il arrive que le sac herniaire soit vide : à constater ce sac vide et un large anneau, on ne recueille pas moins une donnée intéressante de « présomption » ; enfin, la hernie manque parfois, et tout se passe dans l'abdomen : le gros volume — d'emblée — et la consistance pâteuse, crépitante, de la tumeur, la brusquerie de la douleur initiale, les accidents péritonéaux atténués contrastant avec une pareille masse, deviennent des éléments précieux d'interprétation.

IV. A certaines ascites aiguës, ascites tuberculeuses aiguës, en particulier, qui peuvent revêtir les apparences de l'occlusion, de l'appendicite, des torsions.



FIG. 426.
Torsion du grand épiploon.

V. Enfin, à la rupture de grossesse tubaire, accident fré-

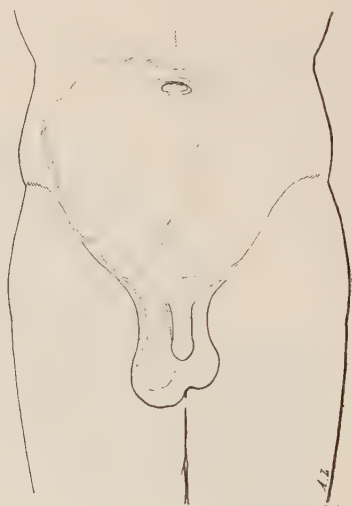


FIG. 427. — Torsion du grand épiploon.
Contours de la masse abdomino-scrotale.

quent, s'il en fût, et qui, d'ordinaire, se reconnaît aisément, aux signes d'anémie aiguë (pâleur, dépression du pouls); à l'hémorragie utérine (fût-elle minime); à l'ictus douloureux initial. Le retard menstruel est parfois avéré; n'y comptez pas; le toucher vaginal vous révèle parfois quelque tuméfaction diffluente, quelque « bouffissure » du cul-de-sac postérieur; n'y comptez pas davantage dans les premières heures, et ne concluez rien, non plus, de la sonorité des fosses iliaques, où vous trouverez, en d'autres cas, surtout à gauche, une zone de submatité, si l'intestin n'est pas trop distendu. — La femme a été « prise » brusquement; elle perd du sang; elle est pâle, de plus en plus anémiée, avec un mauvais pouls et de l'hypothermie; le ventre grossit, saillant,

sonore, peu douloureux : rupture de grossesse tubaire, hémorragie intra-péritonéale.

Il arrive pourtant que certaines ruptures tubaires, qui saignent moins vite, sans doute, et dans un péritoine prompt aux adhérences, — et dont l'observation est un peu retardée — soient à distinguer de certaines pelvi-péritonites annexielles, avec un « gros ventre » également, et sans réaction thermique indicatrice. Il n'est pas exceptionnel, en effet, de relever 38°, 38°3, dans les épanchements sanguins de l'abdomen.

Nous nous trouvons maintes fois, chaque année, en présence de « cas douteux » de ce genre : le toucher fournit souvent, ici, d'utiles données, lorsqu'il révèle, en arrière et latéralement, une « grosse masse », mal limitée; les poussées thermiques, au-dessus du niveau plus haut indiqué, sont également démonstratives; enfin, lors de grossesse extra-utérine rompue, *la femme perd du sang*, et c'est là un signe, dont l'expérience m'a montré l'indéniable valeur.

GROS VENTRES D'ALLURE CHRONIQUE

Nous avons déjà signalé plus haut (voy. p. 152), les gros ventres *par obésité*, les gros ventres *par ptose* (fig. 162). Rappelons encore le **mégacôlon**, la maladie de Hirschprung, et toute la série des météorismes chroniques, dont l'étude précise, par tous les procédés d'exploration actuellement utilisables, serait d'une particulière importance, et pourrait dénoncer, à temps, des lésions causales, encore latentes et silencieuses. Ainsi en serait-il, en particulier, des néoplasmes, qu'il est déjà bien tard pour opérer, lorsqu'ils se manifestent par des tumeurs accessibles et palpables.

Le palper, dans ces conditions, n'en garde pas moins sa valeur, s'il est pratiqué avec méthode, et répété dans diverses conditions (le matin, au lit et à jeun, après les évacuations intestinales, etc.); et si l'on cherche et suit attentivement le relief que dessinent tels ou tels segments intestinaux, sous la pression ou le choc des doigts.

Ailleurs, il s'agit de gros ventres remplis de liquide, des **ascites** ou de **certaines épanchements péritonéaux, subaigus ou chroniques**.

L'ascite. — Je ne m'arrêterai pas longuement aux signes d'exploration de l'ascite typique, de la plupart des ascites cirrhotiques, par exemple : ventre évasé latéralement, libre sensation de flot, sonorité centrale, et matité périphérique, dans le décubitus dorsal; le flanc

relevé devient sonore, dans le décubitus latéral, le liquide se déplaçant vers le flanc déclive. Ajoutez-y, comme il arrive assez souvent, les dilatations veineuses superficielles de la paroi (grande veine anastomotique étendue de l'arcade costale à l'arcade crurale; réseau veineux péri-ombilical, etc.), et vous aurez le tableau de ce qu'on appelle toujours l'ascite de Laënnec.

Vous trouverez parfois des traits aussi nets et aussi caractéristiques d'emblée aux ascites d'autre origine. Mais il faut bien savoir que, même dans l'ascite cirrhotique, le type morphologique du

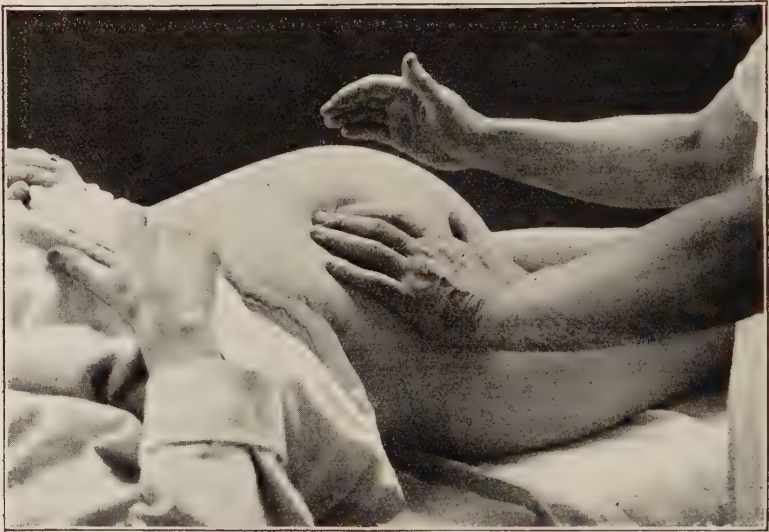


FIG. 428. — Ascite, qui « pointe ». — Recherche transversale du flot.

« ventre évasé » et d'un contenu liquide qui va et vient librement dans tous les sens, est loin d'être constant : il y a des ascites, beaucoup d'ascites, qui « pointent » (fig. 428), et qui revêtent, à première vue, toute l'apparence d'une tumeur kystique intra-abdominale, d'un kyste de l'ovaire, en particulier — et l'on s'y trompe. Pourquoi se présentent-elles sous cette forme? Pour deux raisons, surtout : parce qu'elles sont très abondantes, de développement rapide, dans un ventre dont la paroi est restée musclée et résistante; parce qu'elles ne sont pas libres, mais entourées d'adhérences ou d'une paroi péritonéale épaissie.

L'exploration méthodique est alors particulièrement indiquée :

Recherchez d'abord **le flot**, la transmission bilatérale du liquide (fig. 428);

Voyez si le liquide **se déplace librement, de bas en haut**, sous la pression de la main (fig. 429), et en position légèrement inclinée; au

cours de cette manœuvre, vos mains, qui palpent à plat et largement, ne retrouvent aucun contour net, aucun « rebord », et nulle part,



FIG. 429. — Ascite qui « pointe ». — Recherche de la transmission du liquide, de bas en haut.

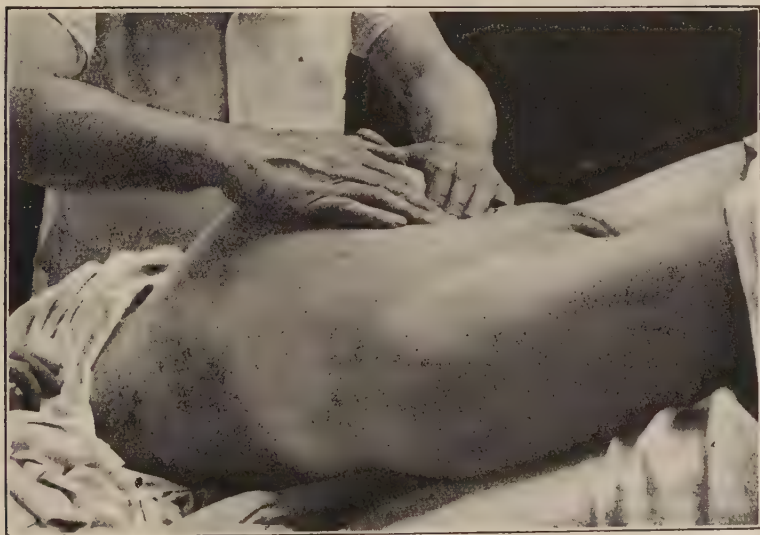


FIG. 430. — Ascite. — Examen en position inclinée.

sous la paroi abdominale déprimée, elles n'ont la sensation d' « une autre paroi » d'une poche tendue.

En **inclinant** un peu plus, et en réclinant des deux mains (fig. 430), vous appréciez mieux encore le refoulement liquide, et ce liquide, qui glisse sous vos doigts, ne vous donne pas l'impression du vide sus-pubien, avec poche relevée sus-jacente, si caractéristique des kystes ovariens mobiles. (Voy. plus haut : fig. 362.)

Bien entendu, vous devrez aussi percuter, et vous trouverez très souvent — mais pas toujours — le relief médian sonore. Certaines ascites « pointantes » sont sonores, dans le décubitus dorsal, presque sur toute leur surface; ce n'est qu'à la partie toute postérieure des flancs, ou de l'un d'eux, qu'on repère une bande étroite de matité.



FIG. 431. — Ascite. Examen de l'ombilic.

Et pourtant, le contenu liquide est souvent considérable, comme on s'en aperçoit aux manœuvres représentées figure 428 et 429.

Autre chose. Dans toute ascite, je dirai dans toute « tumeur » liquide du ventre, il faut explorer **l'ombilic**, chercher à mettre le doigt dans l'ombilic : lors d'ascite, il est très souvent élargi, saillant en bosse liquide, qui se réduit sous l'index. Regardez la figure 431 : il s'agit d'un ventre « pointant », de moyen volume; kyste de l'ovaire? ascite tuberculeuse? La main droite affaisse la « tumeur », et se rend compte qu'elle cède, fuse, et « se répand » latéralement; l'index gauche pénètre dans l'ombilic, et s'y sent refoulé par le liquide qui se déplace. Ascite tuberculeuse : le diagnostic se vérifia à la laparotomie.

Le *toucher rectal* — le *toucher vaginal*, chez la femme, sont, d'ailleurs, à toujours pratiquer — dans le décubitus horizontal.

Au toucher rectal, vous trouverez la paroi antérieure soulevée, au-dessus de la prostate, chez l'homme, au niveau du cul-de-sac de Douglas, chez la femme, par une voussure, plus ou moins proéminente, molle, réductible, liquide; — au toucher vaginal, vous retrou-

vérez ce « matelas d'eau » en arrière et sur les côtés de l'utérus; il disparaît dans la position inclinée. C'est là encore un signe des petites ascites initiales.

Ce palper méthodique, avec toucher rectal et vaginal, renseigne parfois sur l'origine de certaines ascites secondaires, lorsqu'il permet de découvrir, plus ou moins nettement, une « tumeur » abdominale ou pelvienne : cancer hépatique, gastrique ou intestinal (en voie de diffusion péritonéale); kyste de l'ovaire dégénéré (voy. plus haut, p. 311), fibrome bosselé (en état de transformation sarcomateuse); épithé-



FIG. 432. — Épithélioma des deux ovaires.

lioma de l'ovaire ou des ovaires (fig. 432); grosses masses annexielles bilatérales, adhérentes, mal limitées, de consistance inégale, et ramollies par places (salpingo-ovarites tuberculeuses, tuberculose pelvienne diffuse).

Dans d'autres conditions, on ne trouve rien, ou rien de net. Grosse ascite : en dehors de la cirrhose, c'est à l'*ascite tuberculeuse* ou à l'*ascite néoplasique* qu'il y a lieu de penser, et, sans insister sur les données du problème clinique à résoudre, je rappellerai seulement un complément de l'exploration, qui rend des services inappréciables, la **ponction exploratrice**, la ponction **capillaire**, qui permet de voir et d'analyser le liquide.

Un liquide hématique, fût-il légèrement coloré, doit toujours passer pour un indice néoplasique. Et les grosses ascites de ce genre ne s'observent pas exclusivement chez les gens âgés ou d'un certain âge : une jeune fille de vingt ans me fut envoyée avec une ascite monstrueuse; ascite tuberculeuse, ascite des jeunes filles, que Bouilly avait si bien

décrite? Peut-être : c'était, du moins, l'hypothèse qui avait été d'abord admise. La ponction capillaire donna un liquide presque rouge; à la laparotomie, j'évacuai des litres et des litres de ce liquide hématique; le péritoine était normal, lisse, sans nodules, sans végétations : je trouvai un petit épithélioma de l'ovaire gauche, bien circonscrit et mobile, et j'enlevai les annexes de ce côté (le diagnostic fut confirmé par l'examen histologique). La guérison opératoire fut suivie, au bout de six mois, d'une récurrence, que j'opérai encore : cette fois, je trouvai les organes pelviens et le péritoine semés de noyaux néoplasiques. Quelques mois plus tard, la jeune malade succombait.

Rappelons enfin que certaines **péritonites à pneumocoques** peuvent passer pour des ascites, lorsque la période initiale, fébrile, est relativement lointaine, qu'elle a été méconnue ou qu'elle se reconnaît mal à des commémoratifs insuffisants. On trouve, là encore, un vaste épanchement, sans paroi propre, plus ou moins fluctuant ou tendu, et qui « pointe » surtout au voisinage de l'ombilic, déplié, saillant, et souvent rouge.

On voit même — rarement — *d'énormes suppurations intra-abdominales, enkystées*, sans réactions aiguës, non pneumococciques, et procédant *d'une autre origine microbienne*, qui peuvent, par leurs allures et leur indolence, susciter de faciles erreurs d'interprétation. Chez une malade de M. Siredey, j'évacuai, par incision sus-pubienne, quatre litres de pus d'une poche médio-abdominale, fermée de toutes parts, et c'était un pus à streptocoques. La poche, drainée, n'en guérit pas moins très simplement.

Je ne ferai que signaler les **gros ventres en bloc compact**, tels qu'on les voit dans certaines péritonites chroniques : *péritonites tuberculeuses*, de forme scléro-caséeuse, sans ascite, généralisées, et doublant toute la paroi d'un épais blindage continu et ferme; péritonites *inflammatoires chroniques*, simples, d'origine pelvienne, péri-gastrique, intestinale, et, se traduisant par de vastes indurations, qui font corps avec la paroi, et qui donnent parfois, au premier examen, l'impression du néoplasme (*tumeurs pseudo-néoplasiques* de l'abdomen; dans l'histoire des pelvi-péritonites annexielles, on en trouvera d'assez fréquents exemples).

Le palper abdominal, s'il est fait lentement, méthodiquement, en bonne attitude, et répété à certaines heures, le matin au lit, ou après un jour ou deux de repos horizontal, le palper fournira souvent de très utiles données au diagnostic.

Il en sera de même lors de certaines *tumeurs diffuses* de l'abdomen, tout exceptionnelles, d'ailleurs, telles que le *lymphadénome généralisé*, ou le *myxo-lipome diffus du mésentère et des mésocôlons* (voy. p. 227).

RÉGION INGUINO-CRURALE; HERNIES

Dans toute hernie, il faut chercher l'anneau, le canal, *l'orifice de sortie*; en reconnaître la largeur et les contours; explorer la paroi ambiante, de l'œil et du doigt : voir si elle est affaissée, plissée, en voussure; apprécier si elle résiste bien, se tend et se contracte, dans

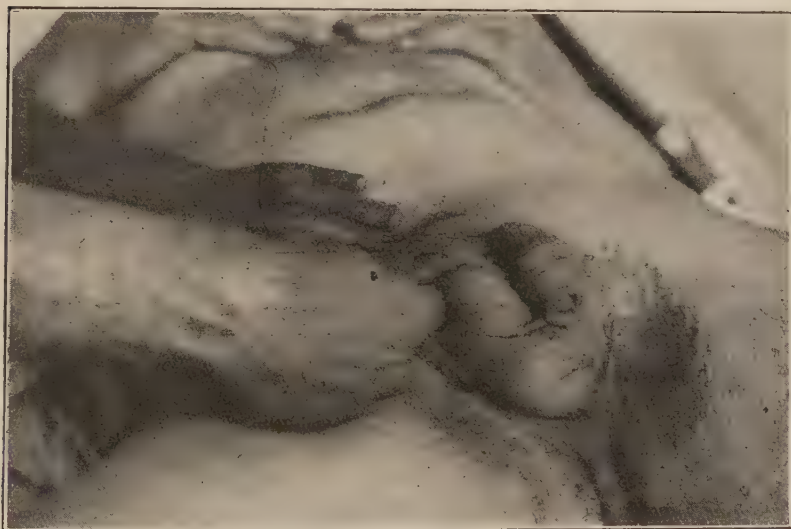


FIG. 433. — Hernie inguinale, réduction; exploration du canal.

la station debout, dans la flexion du tronc. Manœuvre d'examen toute mécanique, pourrait-on dire, et qui doit répondre à cette question majeure : y a-t-il assez d'étoffe, et de bonne étoffe, pour réparer ?

Mais cet examen, pour être dûment pratiqué, suppose qu'on ait d'abord *réduit*.

HERNIE INGUINALE

La réduction est souvent des plus simples, même lors de grosse hernie, que le patient réduit parfois lui-même devant vous¹.

La hernie réduite, faites pénétrer votre index, — qui refoule le scrotum, en dehors du testicule — dans l'anneau, dans le canal



FIG. 434. — Hernie inguinale, explorée « debout ».

inguinal, le plus haut possible, pendant que les doigts de l'autre main s'appliquent sur la paroi (fig. 433).

Vous vous rendrez compte de la direction du « trajet herniaire » : oblique en haut et en dehors (hernie *oblique externe*, de beaucoup la plus fréquente); — antéro-postérieur (hernie *directe*); — oblique en dedans, vers le pubis (hernie *oblique interne*, exceptionnelle), et, ce qui sera plus important, vous vous renseignerez sur l'élargissement de l'anneau et du canal, sur l'épaisseur et la tenue, plus ou moins ferme, de la paroi antérieure.

Répétez toujours la même exploration *debout* (fig. 434); tout

1. Et par un procédé qui n'a rien de classique, mais qui est presque toujours le même : l'homme comprime, d'une main ou des deux mains, le fond de la hernie, en la soulevant.

hernieux doit être examiné, **couché et debout** : c'est dans la station debout, que la paroi, contractée, révèle au mieux ses caractères de résistance, et c'est alors que la double voussure sus-inguinale (parfois aussi une voussure sus-pubienne, dans le ventre à triple saillie, de Malgaigne) se dessinent, témoignant de la défaillance pariétale définitive.

Il y a, de plus, de petites hernies, qu'on ne voit saillir au dehors que dans la station debout, en faisant tousser, après avoir fait marcher, ou encore dans l'attitude « accroupie ». Avec quelque insistance,

vous finissez par trouver une *impulsion* nette, « quelque chose », qui saille et heurte le doigt, dans le canal ou à l'orifice inguinal externe, au moment de la toux ou de l'effort; qui soulève un peu la paroi, et rentre tout de suite : **pointe de hernie**.

Ailleurs, vous trouverez bien un anneau inguinal externe large, où pénètre l'index; mais vous ne constaterez pas d'impulsion nette, c'est-à-dire *rien qui se projette lors de la toux*. Pas de hernie : la conclusion est d'importance, parfois, à la suite de certains accidents du travail, où l'hypothèse d'une hernie traumatique est soulevée. Toutefois, en présence de ces anneaux larges, et surtout chez les jeunes, il sera souvent de sage pratique, de procéder à une « cure radicale », qui se bornera à la réfection pariétale, et l'on découvrira assez souvent, tout en haut, derrière le cordon, un petit cul-de-sac péritonéal vide, une « amorce », congénitale.

Le plus souvent, du reste, la hernie s'accuse, — dans la station debout — par un relief, qui en signale le degré de procidence et sert à



FIG. 435. — Double bubonocèle.



FIG. 436. — Grosse hernie inguinale, scrotale, gauche.

la dénommer : **bubonocèle** (fig. 435); — hernie **funiculaire**; — hernie **scrotale** (fig. 436).

Dans ce dernier cas, ne manquez jamais de chercher *le testicule*, en bas et en arrière. Si vous ne parvenez pas à l'isoler, à le saisir directement entre les doigts, vous pouvez conclure d'emblée à la hernie congénitale, à la continuité du sac et de la vaginale. Ailleurs, vous palpez le testicule immédiatement, sans interposition, tout en bas; mais, plus haut, il est encadré, et, du reste, l'encadrement se laisse refouler sous les doigts : il s'agit d'un sac adhérent par sa



FIG. 437. — Très grosse hernie. Taxis explorateur.

base à la vaginale, sans communication, et le plus souvent, aussi, d'origine congénitale.

Lors de **gros sac**, n'oubliez pas que certaines hernies très volumineuses, énormes parfois, se réduisent intégralement et sans peine; et, avant de rien conclure, pratiquez un taxis régulier et méthodique (fig. 437), dans le décubitus dorsal; cuisses étendues, ou mieux, fléchies et en abduction; ou encore, *dans la position inclinée*. — La réduction faite, inspectez avec grand soin l'anneau et le canal (fig. 438); assurez-vous que le trajet herniaire est bien libre, et la paroi interne bien lisse et bien « nue », et songez aux adhérences longues, aux haillons épiploïques adhérents, qui s'attardent parfois dans la profondeur du canal et au pourtour de l'orifice interne. Appréciez également les dimensions et les contours du « trou » pariétal, et l'état de la paroi abdominale — c'est-à-dire les éléments de réparation que vous pouvez rencontrer.

Mais la hernie est **irréductible**, ou **partiellement irréductible**.

Comme nous venons de le dire, le fait n'est pas particulier aux grosses hernies; vous verrez des hernies de moyen volume, de petites hernies, qui ne « rentrent pas », ou dont la réduction est incomplète. Essayez de réduire par les manœuvres plus haut indiquées, mais n'insistez pas trop, et ne « forcez » jamais.

Examinez de près *ce qui reste au dehors*, en vous remémorant les causes d'irréductibilité :

Une « bosse » arrondie, saillante, sonore : **intestin adhérent**;

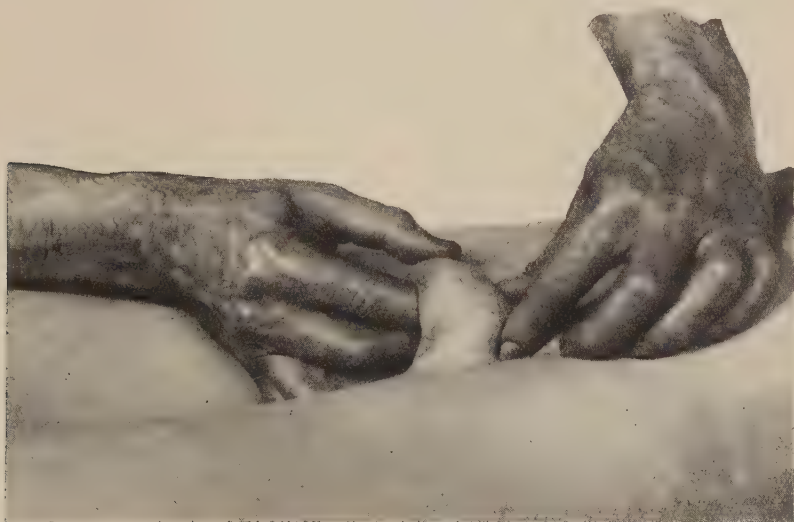


FIG. 438. — Très grosse hernie, réduite par le taxis explorateur.
Examen de l'anneau et du canal.

Une masse épaisse, un peu bosselée, crépitante, mate : **épiploon adhérent**; rappelez-vous, d'ailleurs, que cette coiffe épiploïque recouvre et masque souvent de l'intestin;

Une voussure assez volumineuse, dépressible, plus ou moins nettement sonore, qui gargouille plus ou moins sous les doigts, et qui double le sac *en dehors et en arrière* : hernie par glissement du **gros intestin**, cæcum ou S iliaque;

Une sorte d'intumescence épaisse, mollasse, qui fait relief *en dedans*, souvent après réduction complète du contenu sacculaire. **La vessie**. — Il faut toujours penser à la vessie, quand on trouve « quelque chose de gros », et qui ne se réduit pas ou se réduit mal, à la face interne d'une hernie inguinale, sous l'arcade : lipome pré-vésical, cystocèle inguinale. Si l'on y pense, on répétera l'examen, et l'on pourra voir la voussure, plus grosse et plus saillante à certains moments, s'affaisser après la miction ou le cathétérisme.

Enfin les hernies de l'**appendice**, à droite, combinées ou non à une « descente » de l'ampoule cæcale; — les hernies de l'**ovaire et de la trompe**, ou de la **trompe seule**, sont assez souvent irréductibles. Dans ce dernier cas, le toucher vaginal permettrait parfois de sentir le cordon annexiel tendu et l'utérus infléchi latéralement.

Souvenez-vous encore des hernies **diverticulaires**, tout exceptionnelles du reste : le gros diverticule de Meckel, représenté fig. 439,

adhérent et « enflammé » (diverticulite) occupait un sac de hernie inguinale; après libération, et l'intestin attiré au dehors, il fut réséqué à son implantation. Cure radicale; guérison.



FIG. 439. — Gros diverticule de Meckel, adhérent et infecté (diverticulite), occupant seul une hernie inguinale.

S'agit-il d'une **énorme hernie**, si le taxis, tel que nous le décrivions tout à l'heure (p. 372), et en position inclinée, ne donne qu'un résultat nul ou incomplet, ne vous contentez pas de ce premier examen, et répétez-le, après quelques jours de *préparation*. Faites coucher le patient, purgez-le, maintenez bien relevée la tumeur herniaire : assez souvent, elle s'assouplira, et vous pourrez finalement la réduire tout entière (la chose m'est arrivée maintes fois), ou en réduire une partie plus ou moins grande, mieux explorer « ce qui reste », et poser les indications d'une cure opératoire. Et la question à résoudre vaut bien, certes,

ce retard et ces quelques jours de repos.

Je parle, bien entendu, des grosses hernies indolentes, et non compliquées d'« arrêt stercoral ».

La situation est tout autre, en présence de cet arrêt stercoral, fût-il incomplet, et lorsqu'on trouve la hernie tendue, douloureuse, que des vomissements se produisent; ces « engouements » herniaires, comme on disait autrefois, sont plus graves, en pratique, que la hernie étranglée franche : l'attente est néfaste, et, quelle que soit la responsabilité à prendre, c'est à l'intervention précoce qu'il convient de recourir. (Voy., du reste, pour toute cette question des étranglements et pseudo-étranglements, *Chirurgie d'urgence*, p. 686).

Ajoutons que, chez la femme, la hernie inguinale n'est pas rare, et qu'elle prête à des explorations analogues; elle fuse dans la grande lèvre, et figure parfois de volumineuses hernies *labiales*, comme celle de la figure 440.



FIG. 440. — Grosse hernie inguinale, labiale.

Lorsqu'elle descend moins, on ne la confondra pas, d'autre part, avec les *kystes du canal de Nüch*, ou les *tumeurs du ligament rond* (fibrome; fibro-myome; fibro-sarcome). Le kyste, arrondi, tendu, de surface régulière, isolé et sans pédicule à son extrémité supérieure, se reconnaît aisément; le diagnostic est parfois moins simple, entre un *un sac herniaire*, *scléro-graisseux*, ancien, une *épiplocèle adhérente*, et telle *tumeur du ligament rond*. Cette dernière hypothèse se réalise rarement; mais il convient d'y penser.

Dans d'autres conditions, la **HERNIE INGUINALE EST ASSOCIÉE A L'ECTOPIE TESTICULAIRE.**

Ectopie et hernie sont toujours connexes, qu'il s'agisse d'une **hernie constituée**, avec contenu, ou d'une **amorce péritonéale**.

Il arrive que la hernie soit bien apparente, en *bubonocèle*, avec un



FIG. 441. — Ectopie du testicule droit « retenu à l'anneau », et hernie inguinale, en bubonocèle.

testicule « retenu » à l'anneau, au-dessous et tout près de l'anneau, au-dessus de l'anneau, oscillant (fig. 441). Maintenez ce testicule de la main gauche (fig. 442), puis, de l'index droit, en passant au-dessous et en dedans, réduisez, explorez l'anneau et le canal, et remontez jusqu'à l'orifice inguinal interne.

Si, au contraire, le testicule est très mobile, vous pourrez encore « tout réduire », testicule et hernie, et vous rendre compte, en refoulant la bourse (voy. fig. 433 et 434), ou par l'exploration représentée



FIG. 442. — Ectopie à l'anneau du testicule droit et hernie. Exploration.

(fig. 443), de la béance de l'orifice pariétal, de l'anneau inguinal interne.

Il arrive même que la hernie soit très volumineuse, qu'elle distende et soulève en relief le canal inguinal, *au-dessus du testicule, ectopié à l'anneau, et qui l'oblitére*. C'est un gros sac **intra-inguinal**, comme on en voit dans certaines hernies du type courant : gros sac, évasé, dilaté, mais régulier, en somme.

On peut observer, en de semblables conditions, des sacs herniaires, de forme et d'extension particulières : la hernie **inguino-interstitielle**, qui progresse au-dessus du canal inguinal, dans la paroi abdominale, en décollant le petit oblique et le transverse ; elle figure une tumeur *sus-inguinale*, étalée, de contour imprécis, plus ou moins saillante, et qui, bridée par les muscles, peut en imposer, *si l'on n'y pense pas*, pour une masse inflammatoire, ou même une tumeur intra-abdominale adhérente.

Exceptionnellement, on peut trouver au-dessus de l'anneau inguinal externe, saillante au-devant du pubis, une hernie sous-cutanée (hernie **inguino-superficielle**).

Enfin, n'oubliez pas que ces sacs anormaux peuvent se développer, non point à l'extérieur, dans le canal inguinal, mais en haut, du côté de la fosse iliaque, en dedans et en bas, du côté de la vessie, entre la paroi et le péritoine pariétal décollé; — ou encore, qu'ils peuvent être doubles, l'un d'eux suivant le canal inguinal, et l'autre, profond, occupant la fosse iliaque ou la région rétro-pubienne. Ce sont les



FIG. 443. — Ectopie et hernie réduites : exploration du canal et de l'anneau inguinal interne.

hernies **pro-péritonéales**; elles donnent lieu, lorsqu'elles s'étranglent, à des difficultés et à des erreurs, sur lesquelles nous avons insisté (voy. *Chirurgie d'urgence*, p. 716).

En pratique générale, il faut retenir ce sage précepte : dans toute hernie, et, plus particulièrement, dans les hernies congénitales avec ectopie testiculaire, palpons toujours avec grand soin *au-dessus et en arrière de l'arcade crurale, au-dessus et en arrière du pubis*; derrière l'arcade, en dehors, plus rarement derrière le pubis, vous pourrez sentir une tumeur allongée, tendue, saillante parfois, sonore : ce sera le sac pro-péritonéal. Diagnostic fort rarement établi, certes, en pratique, mais qui ne vaut pas moins d'être signalé, connu, et recherché, la constatation d'une proéminence sus-inguinale étant toujours une donnée précieuse, surtout dans les étranglements complexes.

Avec la hernie, il faut aussi **explorer le testicule**, en déterminer l'étape de migration, en apprécier, autant que faire se peut, la « mobilité de descente » le volume, la consistance.

L'ectopie peut être *bilatérale* (fig. 444) : les bourses sont vides ; à la région sus-inguinale, au-dessus de l'anneau, vous apercevez parfois,



FIG. 444. — Ectopie testiculaire bilatérale.

rien, rien de net, tout au moins : cryptorchidie.

L'ectopie « profonde », sus-inguinale ou iliaque, pourra être *unilatérale* (fig. 445), et les mêmes manœuvres de recherche sont à effectuer du côté où la bourse est vide, où le testicule manque.



FIG. 445. — Ectopie testiculaire droite, profonde, iliaque; bourse gauche normale.

Ailleurs l'une des bourses, ou les deux bourses sont vides, mais vous voyez et vous sentez un relief bien apparent, au-dessus de l'anneau inguinal externe, et qui ne laisse, au palper, par sa forme et par sa consistance, aucun doute sur sa nature (fig. 446). Encadrez la saillie, par en haut, avec le pouce et l'index (fig. 447), et cherchez à la faire glisser de haut

en bas, jusqu'à l'anneau, jusqu'au-dessous de l'anneau :

Le testicule « descend » très peu, comme dans le cas représenté fig. 446 et 447, il est petit et mou, le sujet est déjà grand (il a, ici,



FIG. 446. — Ectopie bilatérale : testicule gauche saillant au-dessus de l'arcade crurale gauche.



FIG. 447. — Ectopie bilatérale, avec relief sus-inguinal à gauche : manœuvre d'abaissement du testicule.

17 ans) : mauvais cas : vous ne ferez rien de bon de ce testicule, et mieux vaudra, parfois, le supprimer, si le sujet est d'un certain âge, si l'autre testicule est « descendu » ou presque. — Toutefois ne concluez pas définitivement, sur ces résultats de l'exploration externe : au cours de l'intervention, lorsque seront découvertes et rompues les adhérences qui relient le cordon, très haut, au pourtour de l'anneau inguinal interne, vous apprécierez « l'abaissement » possible, mais tenez compte aussi de la brièveté anormale et de la rétraction de ce cordon, et cela, d'aut-

tant plus, que vous avez affaire à un sujet plus âgé.

Une meilleure éventualité « réparatrice » sera celle que représente la fig. 448 : testicule normal, scrotal, d'un côté ; de l'autre, testicule, de volume suffisant, assez ferme, faisant relief habituellement au-dessus de l'anneau, mais « oscillant » au-dessus et au-dessous, et susceptible d'être refoulé assez bas.

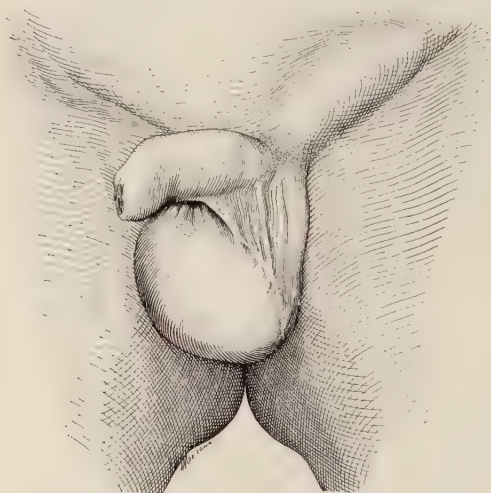


FIG. 448. — Testicule droit normal et « descendu » ; testicule gauche, à peu près normal de volume et de consistance, en relief au-dessus de l'arcade, mais susceptible d'être « abaissé bas ».

HERNIE CRURALE

C'est à son pédicule, à son collet, que vous la

reconnaissez. Et la besogne de « reconnaissance » s'impose surtout, et ne laisse pas que d'être parfois malaisée ; a) lors de petits sacs inclus dans la graisse inguinale ; b) lors de grosses hernies, qui débordent l'arcade.

a) Lors de **petite hernie, réductible**, suivez de bas en haut le contenu qui se réduit, et que votre index pénètre derrière lui : il sera conduit *sous l'arcade crurale*, en dedans ; vous sentirez les battements de la fémorale, en dehors, et si l'orifice est assez large pour que le bout de votre index s'y engage, vous sentirez, sur le côté interne, une bride saillante, le ligament de Gimbernat. Lorsque le doigt ne pénètre pas, vous trouverez pourtant, tout en haut, *sous l'arcade*, un petit orifice, et le diagnostic sera fait.

Lors de **petite hernie irréductible ou partiellement irréductible**, suivez-la encore de bas en haut, et recherchez le pédicule, l'émergence sous-inguinale.



FIG, 449. — Grosse hernie crurale.



FIG, 450. — Hernie crurale; réduction : 1^{er} temps.
Soulèvement en masse; recherche du pédicule.

C'est ce pédicule qui vous permettra d'éviter les erreurs, dans les hernies fixes, fermes, enveloppées de graisse, et qu'on peut confondre



FIG. 451. — Hernie crurale; réduction : 2° temps. Taxis.

avec un ganglion ou un lipome. Vous verrez de vieux sacs épais, scléreux, et même calcifiés. D'autres fois, au-devant du sac, une bourse séreuse s'est développée, et cette poche explique peut-être



FIG. 452. — Hernie crurale bilatérale; grosse hernie à gauche, petite hernie à droite.

qu'on ait pu prendre de pareilles hernies pour une ectasie variqueuse de la saphène, à son embouchure. J'ai même souvenir d'un petit anévrysme de la fémorale, opéré d'urgence, dans mon service, comme hernie crurale étranglée; l'opérateur était heureusement de sang-froid et d'expérience : l'artère fut liée au-dessus et au-dessous, et l'anévrysme extirpé — d'urgence — ; l'opéré guérit. On se gardera de toutes ces confusions, en cherchant, avec insistance, et toujours, le pédicule, qui remonte sous l'arcade..

Je crois bien qu'on accordait, autrefois, trop de crédit à la corde épiploïque, et que le mot a beaucoup contribué, comme il arrive, à faire

la fortune du signe. Il est rare, ce signe; mais il est utile, pourtant, de pratiquer, dans ces cas de hernie crurale douteuse, une palpation sus-inguinale de l'abdomen, en travers, et j'ai senti parfois la

Bride tendue de l'épiploon hernié et adhérent, qui descend vers l'arcade et qui devient une confirmation du diagnostic.

b) La même exploration s'applique aux **grosses hernies**, qui font relief en avant (fig. 449), et remontent, en haut, au-devant de l'arcade.

Repérez d'abord le signe traditionnel, le signe d'Amussat; menez une ligne de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine pubienne : si la « tumeur » est plus saillante au-dessus de cette ligne, *hernie inguinale*; si le relief proémine au-dessous, *hernie crurale*.

Soulevez la masse de bas en haut, et, des deux mains, explorez-la, d'avant en arrière, jusqu'à « l'insertion » profonde, jusqu'au pédicule (fig. 450).

Cela fait, cherchez à réduire (fig. 451), et, si vous réussissez, suivez le contenu, et plongez dans l'anneau, qui, large d'ordinaire, vous renseignera sur le type de la hernie. Il arrivera souvent que cet anneau ne soit pas complètement libre, qu'il reste encombré par de l'épiploon adhérent et que la réduction ne soit pas totale.

Les grosses hernies crurales ne sont pas rares, même chez l'homme, comme en témoignent les figures 449, 452, 453.



FIG. 453. — *Grosses hernies crurales bilatérales.* (L'aspect rappelle celui du gros bubonocèle bilatéral (fig. 435); mais les bourses et les anneaux inguinaux sont libres.)

Lors d'étranglement, le diagnostic est, en général simple, dans les grosses hernies; mais il n'en est pas de même dans les petites, dans les hernies « marronnées », enveloppées et masquées par la graisse, chez certaines grosses femmes. Notez, de plus, que le pincement latéral est relativement fréquent à la région crurale, et vous comprendrez que certains étranglements cruraux restent méconnus « jusqu'à l'abcès stercoral ».

Je revois toujours une vieille femme, qui me fut envoyée un matin, d'un service de médecine — c'était à l'ancienne Pitié — pour un abcès de l'aîne gauche; elle était traitée depuis quinze jours, pour des accidents abdominaux « mal définis ». J'ouvris avec précau-

tion cet abcès et j'évacuai du pus et des matières intestinales : une anse grêle était pincée et perforée. Je pourrais multiplier les exemples.

Il ne faut pas trop s'attarder au fameux ganglion de Cloquet et à l'adénite avec pseudo-étranglement, dont l'histoire se transmet fidèlement depuis un siècle : l'éventualité est tout exceptionnelle, et c'est à la hernie qu'il faut penser toujours et avant tout; c'est elle qu'il faut chercher à reconnaître par les divers modes d'exploration.

Je voudrais dire un mot d'une autre hernie, exceptionnelle,



FIG. 454. — *Hernie obturatrice : exploration.*

celle-là, et qui avoisine la région inguino-crurale : la **hernie obturatrice** (D, fig. 455).

C'est à la face interne de la cuisse, au-dessous du moyen adducteur, près de la branche ischio-pubienne, que l'exploration doit être pratiquée (fig. 454) et qu'on trouvera une douleur locale, irradiant d'ordinaire, à la face interne de la cuisse jusqu'au genou (compression du nerf obturateur, signe de Romberg), une voussure plus ou moins saillante et délimitable.

Ajoutons que, chez la femme, on pourra, par le toucher vaginal, latéralement, atteindre le trou obturateur, et reconnaître, à ce niveau, une douleur, une bride, un relief.

La figure 455 fournira, du reste, un aperçu des principales **hernies exceptionnelles**

On y verra la **hernie de la ligne semi-circulaire de Spiegel** (A), dont nous parlions page 153, qui fait relief sur le bord externe du droit, ou

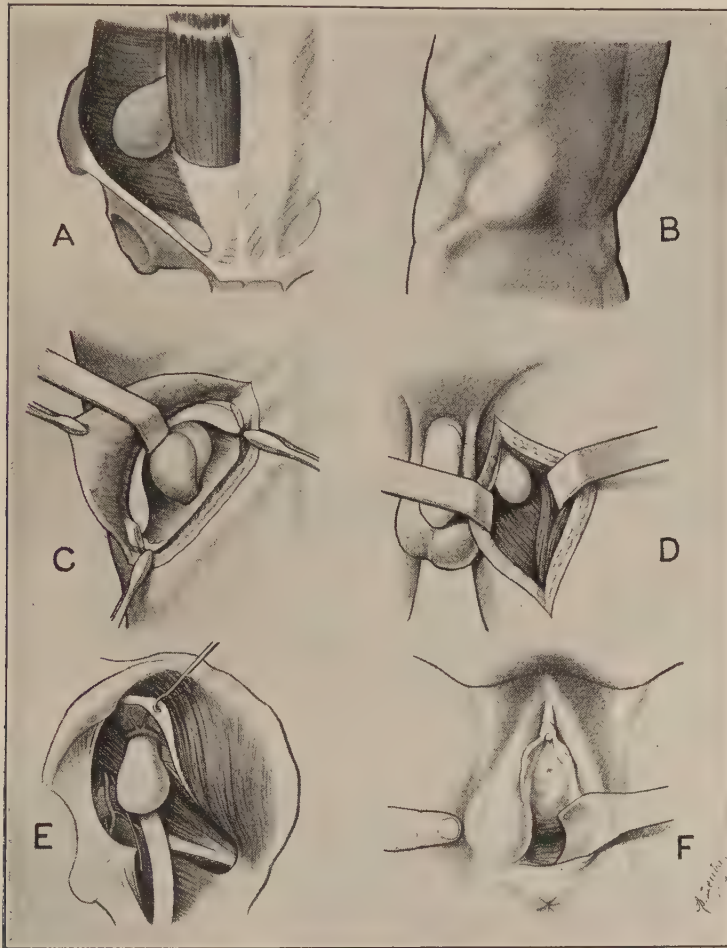


FIG. 455. — *Hernies exceptionnelles.*

A. hernie de la ligne semi-circulaire de Spiegel (laparocèle); — B, hernie lombaire; — C, hernie diaphragmatique; — D, hernie obturatrice; — E, hernie ischiatique; — F, hernie vagino-labiale de la partie postérieure de la grande lèvre (pudendal hernia).

s'accuse par une douleur locale, au même niveau, et une sorte de tuméfaction profonde;

la **hernie lombaire** (B) qu'il ne faut pas prendre pour un abcès froid, en « bouton de chemise »;

la **hernie diaphragmatique** (C) dont nous parlions plus haut, p. 359;

la **hernie ischiatique** (E) qui peut saillir à la fesse, ou rester incluse et masquée sous le grand fémur;

enfin, la **hernie de la grande lèvre**, au tiers postérieur (*pudendal hernia*), représentée fig. 455 (F). J'en ai vu deux cas; l'un était des mieux caractérisés, mais ne laissa pas que de nous surprendre : la tumeur se réduisait sans peine, et le doigt pénétrait dans un assez large orifice; au toucher vaginal, on retrouvait le bord interne de cet orifice, et l'on appréciait le va-et-vient du contenu herniaire; dans l'autre cas, le sac herniaire était engainé d'une bourse séreuse suppurée et l'aspect rappelait de tout point la bartholinite suppurée : ce fut après incision de l'abcès qu'on reconnut la masse profonde et qu'on en précisa la nature.

Et c'est pour cela qu'il convient d'être instruit de ces hernies exceptionnelles : pour ne pas les confondre avec telle ou telle tumeur régionale, de même siège. De plus, en présence des iléus d'origine imprécise, il y aura toujours lieu de réviser les diverses régions herniaires, pour se garder des surprises tardives, dont nous relevions un exemple, p. 358.

RÉGION ANO-PÉRINÉO-SCROTALE

Rappelons seulement qu'elle a pour limites osseuses et fibreuses, repérables au doigt : en avant, le bord déclive de la symphyse et des deux pubis; latéralement, les branches ischio-pubiennes et les ischions; en arrière, la pointe du coccyx et le bord interne des ligaments sacro-sciatiques.

Nous y étudierons successivement : les **bourses**, *scrotum*, *testicule et cordon*; — l'**urètre et le périnée**; — l'**anus**, la **région péri-anale et le rectum**.

BOURSES, TESTICULE ET CORDON

AUX BOURSES. - Il y a d'abord des lésions **traumatiques**, à bien connaître, et dont il convient de préciser [le siège, l'extension, les caractères, le pronostic.

Grosse bourse tuméfiée, noirâtre, tendue, proéminente; il arrive que la tuméfaction occupe le scrotum tout entier.

Infiltration sanguine des parties molles — *hématome intra-pariétal* ou intra-vaginal : il n'est pas sans intérêt de pouvoir conclure à l'une ou à l'autre forme — et, au cours de l'examen que vous pratiquez dans ce but, ne manquez pas d'explorer du doigt le pubis et sa branche horizontale, la branche ischio-pubienne (voy. fig. 469), le périnée : le « sang répandu » dans la paroi ou la cavité des bourses peut émaner des bourses elles-mêmes, contuses, ou d'un foyer traumatique avoisinant.

Rappelons, à cette occasion, l'infiltration ecchymotique du cordon et de la bourse correspondante, à la suite des contusions rénales, avec large épanchement sanguin.

C'est en palpant la bourse tuméfiée, entre le pouce et les doigts, qu'on réussira le mieux à distinguer l'*infiltration* simple de l'*hématome* : la nappe infiltrée, pour épaisse qu'elle soit, se laisse pourtant

déprimer, affaisser, sous le pincement, et l'on parvient à sentir, tout au fond, le testicule. Lors d'hématome, on rencontre une poche tendue, non dépressible, qui masque tout derrière elle, et qui, si elle est étalée et volumineuse, et surtout qu'elle siège dans la vaginale, (hématocèle traumatique primitive), dérobe entièrement le testicule à l'exploration.

On fera bien de rechercher avec soin les *hématomes*, après les traumatismes des bourses, — sans oublier l'*hématome de la cloison*, rare, sans doute, mais qu'on voit parfois, dessinant une grosse « bosse » décline, au raphé, et remontant, en épaisse cloison, sur la ligne médiane. L'infiltration, en dépit de ses apparences, est un accident d'ordinaire tout bénin, qui se termine, en général, avec du repos et quelques soins, par une résorption plus ou moins rapide; — l'hématome se résorbe plus ou moins lentement; il peut même rester longtemps « en l'état », s'infecter et suppurer à la suite d'une lésion scrotale mal soignée, ou encore, à une date plus ou moins retardée, et quand le souvenir du traumatisme s'est obscurci, figurer une « tumeur », un kyste, dont le diagnostic prête à maintes discussions.

Je n'ai qu'à signaler ici les **gros œdèmes des bourses**, bilatéraux, en général, et qui, en dehors des accidents cirrhotiques ou cardiaques, révèlent la compression exercée par certaines tumeurs diffuses du bassin.

Mais je voudrais rappeler surtout la **lymphangite**, le **phlegmon**, l'**érysipèle** des bourses, processus inflammatoires, par infection superficielle banale, le plus souvent, qu'il faut distinguer du phlegmon urinaire, de l'infiltration d'urine, et qui deviennent très souvent gangréneux. Cette gangrène affecte la forme de plaques superficielles multiples, parfois confluentes; ailleurs, elle est plus profonde, et un segment plus ou moins large du scrotum, flétri, plissé, noirâtre, se détache, et donne issue à une hernie testiculaire (*fongus*).

Notons ici que ces hernies du testicule, par perte de substance traumatique ou par perte de substance gangréneuse des bourses, se prêtent souvent à la cure spontanée, si la couverture scrotale ne manque pas trop largement. La situation est toute différente dans les autres *fongus*, dont nous reparlerons bientôt (p. 403).

Un mot seulement sur les *ulcérations* des bourses, en limitant ce titre aux ulcérations cutanées, scrotales, sans lésion — reconnaissable, du moins — du testicule et de ses annexes : *ulcérations simples*, consécutives aux lésions inflammatoires, que nous décrivions tout à l'heure — *ulcérations tuberculeuses*, tuberculose scrotale primitive — *ulcérations épithéliomateuses*, plus dures, de surface granuleuse, et qui saignent.

C'est en cherchant à mobiliser le zone ulcérée, à la soulever, à la



FIG. 456. — Hydrocèle vaginale. — Refoulement de la tumeur au-devant du canal inguinal.

détacher du plan profond, qu'on se renseigne sur la *localisation scrotale*; le palper du testicule complète naturellement l'exploration.

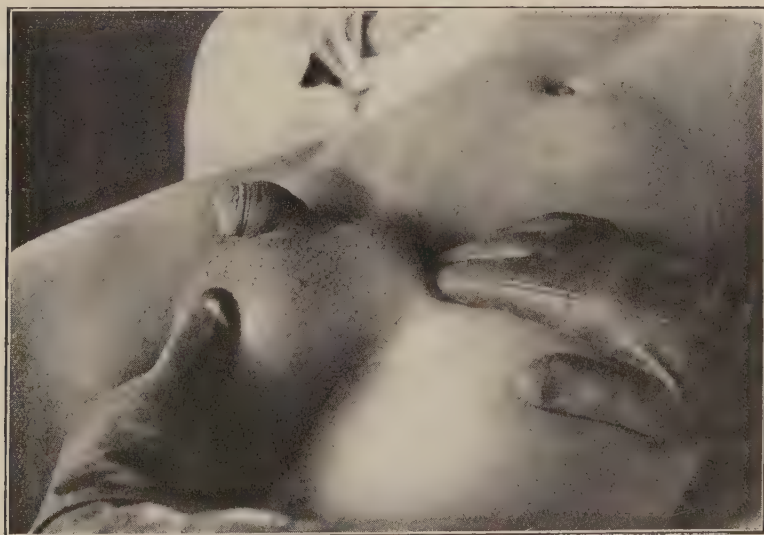


FIG. 457. — Hydrocèle vaginale. — Refoulement de bas en haut, pendant que les doigts de la main droite repèrent l'anneau inguinal externe.

Pour peu que « cela tienne » profondément, il convient de se méfier; il est utile encore de chercher, avec le stylet, si quelque point ne

cède pas, à la surface de l'ulcération, et ne conduit pas dans un petit trajet fistuleux.

Mais j'arrive à un autre type, courant, celui-là : pas de traumatisme, pas d'infection, pas d'ulcération; une **grosse bourse, sphérique**



FIG. 458. — *Hydrocèle vaginale*. — La masse relevée; limitation du pôle supérieur, qui bascule en arrière.

ou ovoïde, de surface régulière, de teinte normale, indolente, plus ou moins tendue.

Lorsque la masse remonte haut, vers l'anneau inguinal externe — on pense souvent à la hernie.

S'il y a le moindre doute, ayez donc soin de délimiter d'abord la tumeur scrotale **par en haut**.

Comprimez transversalement le scrotum à son extrémité déclive : la tumeur ne se réduit pas, elle remonte en bloc, elle fait relief au-devant du canal inguinal (fig. 456).

Comprimez encore, au pôle déclive, de la main gauche, pendant que les doigts de la main droite s'appliquent à l'anneau inguinal externe (fig. 457) : vous vous rendrez bien compte que l'anneau est

libre, que le pôle supérieur de la tumeur est bien enkysté, bien clos, bien isolé, bien mobile.

En soulevant la bourse (comme le représente la figure 458), vous confirmerez encore cette limitation supérieure.

Tout est scrotal : tumeur scrotale. Bien. Explorez-la, maintenant, des deux mains, cette tumeur scrotale (fig. 459), vous en apprécierez la surface, la consistance, la fluctuation parfois, la *tension kystique*, plus



FIG. 459. — *Hydrocèle vaginale*. — Exploration de la tumeur avec les deux mains; de la main gauche, recherche du testicule.

souvent, et, de la main gauche, tout en bas et en arrière, vous chercherez le testicule.

Il sera bon, encore, d'explorer, par en dessous, comme figure 460.

Vous ne trouvez, ni en dessous, ni en arrière, trace du testicule, mais une collection liquide, enkystée, « à plein », qui l'enveloppe et le masque : **HYDROCÈLE VAGINALE**.

J'ai à peine besoin de signaler la recherche de la translucidité, à la lumière transmise, et de rappeler que, dans certains cas, le diagnostic de l'hydrocèle apparaît d'emblée, et que les diverses manœuvres d'exploration, décrites et figurées plus haut, sans devenir négligeables, n'ont plus le même intérêt.

Si la translucidité manque, et que la **poche** soit **opaque** dans tous les axes, que conclure?

Vieille hydrocèle — et chez « un vieux » d'ordinaire — à paroi très épaisse, scléreuse, chondroïde, par places, même calcifiée (j'en ai vu des exemples);

Hydrocèle de contenu trouble, grumeleux, dans certaines *tubercules testiculaires*; (je ne fais que signaler l'hydrocèle *filarienne* des pays chauds, de contenu blanc, grasseux, chyleux : j'en ai vu deux cas chez des hommes des troupes noires, pendant la guerre); — hydrocèle de *contenu mêlé de sang*, qu'il s'agisse d'une forme banale, après contusion accidentelle, ou d'une forme secondaire à un néoplasme testiculaire encore très limité et méconnu.

Mais l'opacité d'une collection vaginale, et même un contenu



FIG. 460. — Hydrocèle vaginale. Exploration « par en dessous ».

hématique extrait par ponction, ne suffisent pas seuls, à justifier l'interprétation d'*hématocèle*.

L'HÉMATOCÈLE (la pachy-vaginalite, de Reclus), se caractérise, dans sa forme typique, par l'épaisseur particulière, la résistance, le *blindage*, de sa paroi. C'est avec une tumeur solide qu'on la confond le plus souvent. L'indolence habituelle, et l'origine le plus souvent imprécise, mais d'ordinaire, fort lointaine, de l'affection, sont les meilleures données cliniques à relever contre cette hypothèse.

Bourse de moyen volume (grosse comme un œuf de dinde, comme le poing), piriforme, opaque, de surface lisse, un peu bosselée, parfois, de parois rigides, fermes, *qui ne cèdent pas sous le doigt*, ou qui ne cèdent que par inflexion brusque et avec une sorte de craquement; — si vous ponctionnez (et, pour ponctionner efficacement, l'aiguille doit traverser, avec quelque effort, une cloison plus ou moins épaisse), vous retirez du sang noir, en quantité variable, mais la poche ne s'affaisse pas ou s'affaisse mal, et la paroi externe reste tendue, et ne

se déprime, en bloc et incomplètement, que sous la pression du doigt.

Voilà ce que vous trouvez, à l'exploration, lors d'hématocèle, et ce qui vous fournit les éléments du diagnostic.

Vous pouvez voir, sans doute, d'autres variétés : des hématocèles très volumineuses, de paroi peu épaisse, relativement, et qui, de fait, ne se distinguent guère (l'opacité peut s'observer dans l'un et l'autre cas) des vieilles hydrocèles; — des hématocèles à poussées, qui ont brusquement grossi dans les derniers temps, et d'où émergent parfois une ou deux bosselures saillantes, molles, fluctuantes — et même des hématocèles suppurées (infection par traumatisme avec érosion septique du scrotum; par petites plaies ou ulcérations scroto-périnéales, etc.). Le problème clinique se présente alors dans des conditions différentes; mais, en pratique générale, il convient de retenir le type « normal » de l'hématocèle, de la pachy-vaginalite avec épanchement sanguin, que nous décrivions plus haut.

Dans l'hématocèle, c'est aussi *en bas et en arrière*, que l'on sent — oh! sans netteté, d'ordinaire, mais sous la forme d'un petit bloc épais, qui se détache en arrière, au palper, ou qui forme relief — ou que se repère, à la pression douloureuse, le testicule. Il peut être *inversé*, et se rencontrer *en avant*; ou parfois, il est si bien inclus dans les strates superposées de la vaginale épaissie, qu'on n'en saurait préciser le siège.

L'**inversion** est aussi à noter dans l'exploration de l'hydrocèle. Mais, ici, un autre « résultat d'examen » s'observe parfois, qu'il faut signaler, car il prête à certaines erreurs : vous palpez la grosse bourse en bas et en arrière (fig. 459 et 460), et vous sentez le corps du testicule : vous le sentez nettement, bien isolé, bien reconnaissable, et qui semble indépendant de la poche liquide sus-jacente.

Quoi donc? Est-ce une *hydrocèle* ou un *kyste de l'épididyme*? Le diagnostic est souvent malaisé : si le testicule est libre sur la plus grande partie de sa hauteur, vous aurez la tumeur en *brioche renversée*, qu'on dit caractéristique du kyste sous-épididymaire. Mais vous pouvez encore avoir affaire à une vaginale adhérente, dont la cavité est oblitérée plus ou moins haut par la fusion des deux feuillets.

A l'extrémité opposée de la poche scrotale, **au pôle supérieur**, il y a lieu d'appeler aussi l'attention sur les **hydrocèles qui remontent très haut, jusqu'à l'anneau, jusqu'au-dessus de l'anneau**. Ce sont des variétés congénitales, si l'on entend par ce mot qu'elles procèdent de la persistance du canal vagino-péritonéal.

La figure 471 en présente un exemple d'autant mieux caractérisé, qu'il s'agissait d'un jeune garçon de quinze ans, et que l'hydrocèle droite, piriforme, à sommet intra-inguinal, était combinée à une ectopie testiculaire gauche, avec hernie.

En pareil cas, il faut toujours, avec grand soin, chercher à réduire, reconnaître la fluctuation transmise du cul-de-sac décline au cul-de-sac supérieur, délimiter du mieux possible ce cul-de-sac supérieur, et au-dessus de lui, palper la paroi inguinale et la fosse iliaque. On peut rencontrer, en effet, les formes que voici :

Des hydrocèles **réductibles**, qui s'affaissent et se vident, en partie, du moins, la nuit et dans le décubitus dorsal; qui s'évacuent plus ou moins complètement, et plus ou moins vite, sous la pression de la main, **sans qu'on puisse déceler, au-dessus, dans la région ilio-inguinale, aucune apparence de poche profonde**. Il s'agit d'un canal péritonéo-vaginal, resté largement ouvert, et communiquant librement avec la vaginale, en bas, avec le péritoine, en haut;



FIG. 461. — Hydrocèle vaginale droite congénitale; ectopie du testicule gauche.

D'autres hydrocèles **réductibles, à deux poches, en sablier**, la poche abdominale (d'ordinaire pro-péritonéale), se soulevant et se dessinant en relief, à mesure que la poche extérieure, scrotale, cède, se détend, se vide, et obéit à la compression. C'est l'**hydrocèle congénitale en bissac**, rare, en somme, qui se voit chez les

enfants et les jeunes sujets, et dont les deux poches, communiquant par le trajet, par le goulot inguinal, peuvent être de grand volume, la poche supérieure, en particulier, remontant parfois jusqu'à la hauteur de l'ombilic, et figurant un gros kyste saillant, dans la fosse iliaque et le flanc.

Je répète que ces deux premières formes sont rares, en pratique courante; celles qui vont suivre le sont moins :

Hydrocèle remontante, dont le pôle supérieur se prolonge jusque dans le canal, mais qui se laisse *nettement circonscrire en haut*, nettement caractériser comme une *poche liquide uniloculaire*; — il arrive que le prolongement supérieur soit relative-

ment étroit et revête l'aspect d'une sorte de diverticule ascendant;

Hydrocèle remontante, et *sac herniaire*, qui lui adhère en haut;

Hydrocèle remontante, dont le pôle supérieur est accolé, adhérent, fusionné, semble-t-il, avec une *poche kystique isolée*. Cette poche, c'est parfois un kyste sacculaire ou péri-sacculaire, plus souvent un kyste du cordon (voy. plus loin, p. 404). La fluctuation ne se transmet pas de la poche d'hydrocèle à cette poche surajoutée.

On peut voir encore des associations plus complexes : *sac herniaire; kyste du cordon; hydrocèle*; — *sac herniaire, kyste du cordon, kyste sous-épididymaire, hydrocèle*; et ces poches liquides, multiples et superposées du scrotum, du cordon et du canal inguinal suscitent parfois d'intéressants problèmes de diagnostic.

Nous avons vu de quel côté et par quelles manœuvres on cherche à repérer le testicule, dans les hydrocèles, qui dérivent si souvent



FIG. 462. — *Exploration du testicule.* — Main droite : les doigts plongent, au niveau du raphé, jusqu'au périnée; le pouce s'applique à la face externe du testicule. — Main gauche : les doigts et le pouce immobilisent le testicule, tout en palpant le cordon.

d'une lésion testiculaire (*hydrocèles secondaires*). Je suppose maintenant qu'il n'y ait pas de liquide dans la vaginale, ou seulement une mince couche, qui se reconnaît, du reste, malaisément.

C'est **LE TESTICULE**, et **LE CORDON**, qu'il faut explorer. Comment?

Le **testicule** ne se palpe bien qu'**en travers, d'une face à l'autre**, une fois « bien saisi » et immobilisé. Avant tout, portez donc vos

doigts d'avant en arrière, sur la ligne médiane des bourses, sur le raphé, jusqu'au périnée; votre pouce est en dehors du scrotum, et, de la sorte, vous pouvez amarrer le testicule, le suivre et l'explorer sur ses deux faces. De l'autre main, appliquée au-dessous de l'anneau inguinal externe, vous complétez l'immobilisation de la glande, tout en palpant le cordon (fig. 462).

Reconnaissez d'abord le corps du testicule, l'épididyme, le canal déférent : le corps, que le pouce et les doigts trouvent et enserrrent tout de suite, en bas et en avant; l'épididyme, bandelette accolée,



FIG. 463. — Palper du testicule.

non soudée, au bord supérieur du corps, un peu mobile, surtout à sa partie moyenne, qu'il faut chercher, de bas en haut, puis suivre, d'avant en arrière, pour en apprécier la tête, la continuité, la queue, tout en arrière et en bas.

Au niveau de la queue de l'épididyme, vous découvrez, au pincement, un petit cordon dur, qui s'infléchit en arcade, et remonte, en avant et en haut, d'abord, puis directement en haut. C'est ce cordon dur, le canal déférent, qu'il convient de chercher, avant tout, entre les doigts, dans l'exploration funiculaire.

Une fois pratiqué ce premier examen « d'orientation », rapprochez vos deux mains, et palpez soigneusement le testicule immobilisé (fig. 463).

Suivez le cordon, et, au-dessus de l'anneau inguinal externe, palpez la paroi inguinale, comme le montre la figure 464, pour repérer dans le trajet le canal déférent; — à la hauteur de l'orifice inguinal interne,

la manœuvre du pouce, qui déprime fortement la paroi (fig. 465), permet encore de le suivre, au point où il s'incurve pour pénétrer



FIG. 464. — Exploration du testicule et du cordon. — Les doigts gauches suivent le canal déférent dans le trajet inguinal.



FIG. 465. — Exploration du canal déférent, au pouce, à l'anneau inguinal interne.

et devenir intra-pelvien. C'est au toucher rectal (voy. fig. 471), que l'exploration se complétera.

On se trouvera bien de ne pas se départir de cette *exploration par étapes*, dans les diverses affections du testicule et du cordon.

Elles peuvent se présenter, du reste, avec des allures **AIGUES**, douloureuses. « inflammatoires », et les données de l'examen et de l'interprétation clinique s'en trouvent singulièrement modifiées.

Bourse volumineuse, scrotum rouge, un peu œdémateux; douleurs vives, spontanées et au palper; fièvre — un peu de liquide dans la vaginale, corps du testicule indemne; au-dessus de lui, gros « cimier », épais, ferme, douloureux; canal déférent gros et douloureux, plus ou moins haut. **Épididymite aiguë**, très souvent **blennorragique**; examen de l'urètre (voy. p. 406) confirmatif, examen de la prostate, de la vésicule séminale, de la terminaison du canal déférent, dont le résultat varie.

Accident typique, en pareil cas, mais qui peut revêtir toute une série de formes intermédiaires, incomplètes, dont je ne saurais tracer le cadre : c'est l'exploration, conduite suivant la méthode plus haut figurée, qui permet de préciser chacune d'elles.

Mais je voudrais signaler quelques éventualités cliniques, où la réserve s'impose et dont l'interprétation exige une minutieuse analyse fonctionnelle, générale, exploratrice.

Épididymite aiguë, gros épидидyme, *très gros épидидyme*, même, de consistance inégale, un peu *bosselé*; *canal déférent gros* sur toute sa hauteur; pas de suintement urétral, ou suintement minime, clair, aqueux; sujet maigre, pâle. Songez à l'**épididymite tuberculeuse aiguë** — qui ne s'est point développée brusquement sur un épидидyme sain, mais qui s'est manifestée, à la suite de telle ou telle infection accidentelle, sur un épидидyme infiltré depuis plus ou moins longtemps, indolent, méconnu. Et notez que cette infection accidentelle peut être gonococcique, d'où ces formes associées, que l'on explique d'ordinaire, en admettant que la tuberculose s'est « greffée sur l'épididymite blennorragique ».

Toujours est-il qu'on devra toujours se méfier, lorsque l'épididymite aiguë tarde à se résoudre, que la fièvre ne tombe pas complètement ou se poursuit par de petites poussées successives; que l'épididyme reste gros, ou même grossit; — lorsque cet épидидyme devient bosselé, se ramollit, ou adhère au scrotum, en quelque point; lorsque vous relevez des lésions déférentielles, vésiculaires, prostatiques de même évolution, qui grossissent ou s'étendent, à mesure qu'elles deviennent moins douloureuses, et que les accidents aigus s'atténuent.

Le diagnostic est souvent malaisé aussi, dans l'*orché-épididymite aiguë*, quand l'organe est *tuméfié en bloc*, sans que l'on puisse, *distinguer l'épididyme du testicule*; grosse masse saillante, rouge

œdématisée, douloureuse. Bien entendu, on pensera tout de suite à la blennorrhagie, qui peut — assez rarement, du reste, — affecter pareille forme clinique, et, si l'examen urétral est nettement confirmatif, la question sera résolue; mais il arrive qu'on ne trouve rien à l'urètre, rien dans les commémoratifs.

On devra songer, alors, aux orchio-épididymites *d'origine urétrale, sans gonococcie*, par infection banale, à la suite de « micro-traumas urétraux » par cathétérisme, ou chez les vieux prostatiques; et, si ces conditions, faciles à vérifier, ne se retrouvent pas, à certaines orchio-épididymites consécutives aux fièvres éruptives, à la fièvre typhoïde, etc., et d'apparition parfois retardée. Enfin, cette fois encore, l'hypothèse de la tuberculose sera toujours soulevée.

Elle le sera aussi, en présence d'un **testicule abcédé**, d'un **abcès chaud**, qui semble l'aboutissant d'une orchio-épididymite aiguë. Ici, comme partout, certains foyers de ramollissement tuberculeux peuvent « s'échauffer », et prendre figure d'abcès chauds.

Remarquez toutefois que, *dans la tuberculose*, plus souvent épидидymaire, c'est *en arrière et en bas* que les foyers ramollis s'ouvrent d'ordinaire, et se fistulisent. Les abcès chauds dont nous parlons font relief, en général, à la *face antérieure du scrotum*, et procèdent du *corps testiculaire* : les orchites urétrales (non gonococciques) que nous signalions tout à l'heure, se terminent assez souvent de la sorte. Il arrive même, chez les vieux urinaires, que les accidents initiaux aient été larvés ou soient passés inaperçus, et que l'on trouve d'emblée une grosse bourse rouge, proéminente en avant, et soulevée par une poche fluctuante. En dehors de ces cas, les orchites post-typhiques ou consécutives aux infections générales suppurent aussi quelquefois. Enfin, je le répète, on gardera toujours une arrière-pensée à l'abcès tuberculeux et à la gomme ramollie (voy. plus loin, p. 403).

J'arrive aux **FORMES CHRONIQUES**.

Tuberculose, syphilis, néoplasmes : c'est entre ces trois termes, qu'il y a lieu de se prononcer, en rappelant encore les noyaux d'*épididymite chronique, simple ou blennorrhagique*; et l'exploration bien conduite, avec les données d'expérience qui s'y rattachent, sera, là encore, d'une importance majeure.

Voyez d'abord si la « tumeur » occupe l'**épididyme** ou le **corps du testicule**, — ou si l'un et l'autre sont intéressés **simultanément**, distincts ou fusionnés en un bloc compact.

I. C'est l'**épididyme** qui est seul en cause. Que trouvez-vous?

A. Un noyau, plus ou moins ferme, plus ou moins arrondi, indolent ou presque, gros comme un pois, comme un haricot, comme une

olive, à la queue de l'épididyme; rien d'appréciable sur le reste, ni au canal déférent : noyau d'épididymite chronique, post-blennorragique? — noyau tuberculeux?

Diagnostic complexe souvent, et qui ne laisse pas que d'être angoissant; c'est le temps qui devient, en réalité, le juge suprême, en permettant de suivre l'évolution du noyau, qui régresse, ou s'amplifie; toutefois, dès le premier examen, vous vous rappellerez que le noyau inflammatoire est, d'ordinaire, mal limité et de contour imprécis, et qu'il laisse intacte et reconnaissable au palper, derrière lui, l'inflexion originelle du canal déférent, alors que le noyau tuberculeux, plus gros, en général, plus arrondi, souvent un peu bosselé, englobe la queue de l'épididyme et l'origine infléchie du déférent.

B. Un noyau à la tête de l'épididyme, une « grosse tête », sphéroïde, indolente, ferme, sans bosselure. — Tuberculose, peut-être; mais ne manquez pas d'émettre l'hypothèse de syphilis, et ne concluez pas avant l'examen de Bordet-Wassermann.

Ailleurs, vous trouverez une « grosse tête » épididymaire, bosselée, ramollie même, et adhérente au scrotum antérieur, et la tuberculose ne sera pas douteuse.

C. Pas de noyaux reconnaissables, mais un épididyme épaissi sur toute sa longueur, plus ou moins gros, de surface à peu près régulière, de consistance ferme, rénitente. Examinez-le de très près, cet épididyme uniformément « hypertrophié », examinez le canal déférent et la prostate, où vous pourrez repérer quelques indices confirmatifs de la tuberculose. C'est à la tuberculose, infiltration tuberculeuse, ou à la syphilis, qu'il y a lieu, en effet, de penser, et, cette fois encore, la réaction spécifique s'impose, ou même le traitement spécifique d'épreuve.

D. Enfin, des noyaux, de gros noyaux, multiples, fermes, sans être indurés, échelonnés tout au long d'un volumineux épididyme bosselé; en arrière et au-dessus, le canal déférent épaissi, dur, bosselé parfois, lui aussi, sur une hauteur variable.

C'est le type de l'épididymite tuberculeuse. — Et l'épididymectomie peut devenir une bonne intervention, si vous vous assurez que le corps testiculaire ne présente aucune nodosité superficielle, aucune induration profonde, suspecte, aucune adhérence, et que le testicule opposé est indemne.

Cette exploration de « l'autre » testicule s'impose, du reste, dans tous les cas, sans qu'il soit besoin d'y insister.

II. Si le corps du testicule, est seul intéressé, la tuberculose sera exceptionnelle, et c'est à la syphilis ou au néoplasme, qu'il y aura lieu de s'arrêter, sur un ensemble de données cliniques, parmi lesquelles compteront celles du palper.

Certaines formes, à ce point de vue, sont si nettement caractérisées, qu'elles ne créent, on ne devraient créer, aucun doute d'interprétation.

Ainsi en est-il du testicule *syphilitique scléreux*, aplati en galet, très dur, d'une indolence complète, dont la surface est tapissée d'une série de petites nodosités, et qui, très souvent, est bilatéral.

Ainsi en est-il encore de certains *cancers* typiques, qui, eux, sont unilatéraux : tumeur à grosses bosselures indurées, squirrheuses, adhérentes au scrotum, lui-même infiltré par places, rétracté, plissé, et dur; noyaux durs le long du cordon; ganglions pré-aortiques, reconnaissables à la palpation abdominale, et dont le relief apparaît même, parfois, sous une paroi amaigrie.

Le problème est surtout difficile, lorsqu'on se trouve en présence d'un **gros testicule, régulier, non adhérent, indolent** ou presque; que l'épididyme est inclus dans la masse et ne se distingue plus, ou bien, si on le trouve, qu'il est normal; que *l'examen du cordon, de la région prostatato-vésiculaire, de la zone lombo-aortique, ne révèle rien.*

Orchite scléro-gommeuse ou néoplasme (carcinomes séminifères; épithéliomas mucoïdes, se traduisant par une tumeur kystique; tumeurs mixtes, se rattachant aux tumeurs tératoïdes); — l'expérience montre qu'en sage pratique, il faut toujours penser à la syphilis et recourir aux épreuves de laboratoire, et même de traitement, avant de rien affirmer, et cela, quelles que soient les probabilités résultant de l'examen physique.

La consistance générale de la tumeur n'apporte aucun élément de certitude : le néoplasme est souvent induré, et Gosselin avait bien insisté sur la sensation particulière, que l'on éprouve parfois, à palper un testicule cancéreux, entouré d'une certaine couche de liquide : l'hydrocèle fuit, et le doigt vient heurter un bloc compact et résistant. — Oui, tout cela est vrai; mais il y a aussi, des orchites scléro-gommeuses, doublées, blindées de plaques fibreuses, qui sont dures au palper; et, d'autre part, certains gros testicules néoplasiques sont rénitents, plus ou moins fermes, rien de plus. Ainsi en était-il de celui qui est représenté (fig. 466); forme, surface, consistance, ne révélaient aucun caractère distinctif; mais le Bordet-Wassermann avait été négatif, un essai de traitement spécifique avait été suivi d'une ampliation notable de la tumeur : la castration montra qu'il s'agissait d'un épithélioma à tissus multiples, d'un séminome.

Le volume n'est pas sans importance : si le testicule scléro-gommeux peut être doublé ou triplé, les très grosses tumeurs, et l'on en voit d'énormes, surtout chez les jeunes, sont à inscrire dans le cadre néoplasique : tumeurs mixtes, embryomes. J'ai opéré, chez un jeune homme de vingt-cinq ans, une pareille tumeur, du testicule droit, gigantesque, plus grosse que la tête, et qui descendait à mi-

cuisse : l'ablation fut simple, le cordon étant indemne, ainsi que le testicule opposé. L'opéré mourut cachectique, deux ans après, sans récurrence locale, mais avec une récurrence ganglionnaire profonde, diffuse.

Ce sont des cas extrêmes; dans les formes plus communes, et lorsque les dimensions de « l'hypertrophie » s'accordent aussi bien avec l'hypothèse *néoplasique* qu'avec l'hypothèse *syphilitique*, le palper méthodique de la tumeur peut faire apprécier certains détails intéressants, et c'est pour cela qu'il y a lieu de le pratiquer toujours

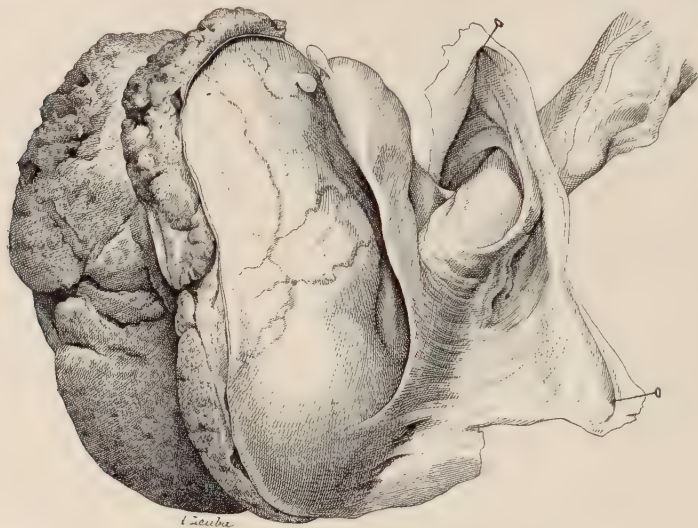


FIG. 466. — Séminome du testicule. — Castration.

avec un soin particulier, d'une face testiculaire à l'autre, suivant le procédé représenté figures 462 et 463, et d'avant en arrière, une main étalée sous les bourses, pendant que l'autre explore, sur le devant, de haut en bas.

On s'aperçoit assez souvent, de la sorte, que, pour être régulières et lisses de surface, ces tumeurs sont « bosselées dans la profondeur », si je puis ainsi dire, et renferment un ou plusieurs noyaux, de gros noyaux, assez souvent, qui tranchent sur la consistance générale de la masse, ou par leur induration particulière, ou par leur ramollissement, leur pseudo-fluctuation : les noyaux, d'une dureté squirrheuse, signalent le cancer; les noyaux, dépressibles et fluctuants, la gomme en voie de ramollissement. Et ces derniers se retrouvent surtout au bord antérieur du gros testicule, où, un peu plus tard, se dessine leur relief proéminent. — Ce n'est pas, certes, qu'on ne puisse trouver, dans les néoplasmes, des zones ramollies ou kystiques; mais l'examen qui vient d'être indiqué n'en a pas moins son utilité.

III. Dans ces **grosses tumeurs testiculaires**, il est souvent malaisé

de repérer l'**épididyme**, qui peut être **inclus et perdu dans la masse**. Pour le découvrir, il faut chercher le canal déférent, plus haut, dans le cordon, et suivre le canal de haut en bas : il vous mène à la queue de l'épididyme, que, dès lors, vous êtes mieux en état d'explorer.

Il arrive que l'**épididyme** soit volumineux et qu'il ait sa part dans la tumeur; et l'éventualité de la tuberculose s'inscrit alors, avec la syphilis et le néoplasme, dans la série des hypothèses cliniques à discuter. On voit des tuberculoses testiculaires de gros volume, avec un corps du testicule figurant une tumeur de surface régulière; mais l'épididyme est, lui, presque toujours bosselé (voy. p. 400), et ces bosselures deviennent un élément de diagnostic; assez vite, du reste, elles s'étendent au corps lui-même, et il ne semble pas qu'on puisse rencontrer des testicules tuberculeux « énormes », susceptibles de simuler, par leur volume, certaines orchites scléro-gommeuses ou certains néoplasmes, sans bosselures, et, le plus souvent, sans bosselures ramollies.

Et cela nous amène aux **abcès** et aux foyers de ramollissement qui prennent figure d'abcès. Le siège de ces abcès, leur saillie et leur ouverture à la face antérieure ou postérieure du scrotum, sont aussi à noter et servent au diagnostic.

Les **abcès postérieurs**, et les fistules consécutives, témoignent d'ordinaire de la tuberculose : ils procèdent de l'épididyme; — les **abcès antérieurs** naissent dans le corps du testicule, et, de ce fait, traduisent plus souvent la gomme ramollie. Mais il y a des abcès, développés en avant, à la suite de la tuberculose du « corps », abcès isolés parfois, ailleurs combinés à une autre, ou à d'autres collections postérieures, épидидymaires, dont la présence éclaire l'interprétation.

Si leur siège est, assez souvent, caractéristique, l'examen de ces abcès et de ces fistules fournit également des indices de valeur : la gomme ulcérée, avec son orifice plus ou moins arrondi et cratériforme, avec son fond jaunâtre, occupé par une sorte de bourbillon, ou tapissé de strates multiples, qui ressemblent à de l'étoffe, se présente sous un autre aspect que l'abcès tuberculeux, abcès de contenu grumeleux, autour duquel, lorsqu'il s'est ouvert, la peau, amincie et violacée, s'érode irrégulièrement et en surface. — Il n'est besoin que de rappeler les ulcérations néoplasiques, leurs bords épais, leurs végétations rougeâtres, épaisses, friables, saignantes.

Ces ulcérations scrotales ou ces fontes purulentes, et ces « ramollissements » testiculaires peuvent aboutir au **fungus**; — au *fungus superficiel* : c'est la hernie du testicule, *encore engainé de l'albuginée*, à travers une perte de substance scrotale (sphacèle, tuberculose, syphilis gommeuse du scrotum); — au *fungus profond* : c'est l'excroissance, à travers la perte de substance du scrotum et l'albuginée perforée, de la « néoformation » morbide, dont le parenchyme testiculaire

est le siège; gomme ulcérée et proéminente au dehors; foyer tuberculeux ulcéré et qui « bourgeonne »; cancer ulcéré, et qui prolifère, en masses sanieuses et saignantes.

Il s'agit, dans ce dernier cas, du *fongus malin*; mais on ne saurait, soit dit en passant, appliquer le terme de fongus bénin qu'aux hernies testiculaires, consécutives aux pertes de substance traumatiques de la paroi scrotale ou aux sphacèles accidentels, c'est-à-dire aux fongus qui peuvent se réparer, et qui se réparent souvent, en effet, spontanément (voy. p. 388), ce qui se produit encore assez souvent dans la syphilis traitée, mais presque jamais dans la tuberculose.

Nous avons signalé maintes fois, à propos de ces affections testiculaires, les lésions concomitantes du **CORDON**: œdème et épaissement en masse du cordon, induration du canal déférent, noyaux en série ou isolés, etc.

Il arrive qu'on trouve une « **tumeur** » du cordon sans que le testicule et la vaginale soient intéressés.

Explorez-la bien, cette tumeur, et, pour cela, ne vous contentez pas d'un palper approximatif; pincez le cordon au-dessus et au-dessous, immobilisez-la, et, cela fait, en rapprochant vos doigts, rendez-vous compte de son volume, de ses contours, de sa résistance. En procédant de la sorte, vous pourrez constater que la tumeur est *libre* sur le trajet funiculaire — qu'elle *tient*, en bas, à l'*épididyme* — qu'elle *se prolonge*, en haut, dans le canal inguinal.

C'est au **kyste du cordon** qu'il faut penser, avant tout, et, dans chacune des localisations précédentes, l'hypothèse peut se réaliser: kystes libres, au long du cordon; kystes bas situés, accolés et adhérents au cul-de-sac supérieur de la vaginale; kystes très haut situés, dans le canal.

Arrondis, tendus, translucides, si leur volume est suffisant pour que l'épreuve soit exécutable, ces kystes sont le plus souvent faciles à reconnaître; ils sont parfois multiples; on en voit, qui sont bosselés, et tellement tendus qu'ils donnent, au premier examen, l'impression de tumeurs solides. Et cela s'observe surtout dans les *kystes hématiques*. Ils peuvent être associés, comme nous le disions plus haut (voy. p. 393), à une hydrocèle, à une hernie, et simultanément, quelquefois, à l'hydrocèle et à la hernie.

Si la tumeur *n'est pas translucide*, qu'elle ne donne pas la « sensation de l'enkystement », mais *qu'elle soit ferme et compacte*, vous pourrez penser aux « raretés »: fibrome, myxome, myome du cordon, adhérents le plus souvent à l'épididyme; — à un noyau tuberculeux isolé; — à une gomme.

Le *lipome*, lui, n'est pas une rareté : il peut se présenter sous la forme d'une tumeur arrondie, encapsulée, qui ressemble au kyste (mais n'est pas translucide) : je m'y suis trompé plusieurs fois. Ailleurs il est très gros, se prolonge, en haut, dans le canal inguinal, et peut simuler l'épiplocèle ; ou descend dans la bourse, enveloppe et masque le testicule.

Quant au **varicocèle**, il se reconnaît d'emblée ; encore faut-il palper

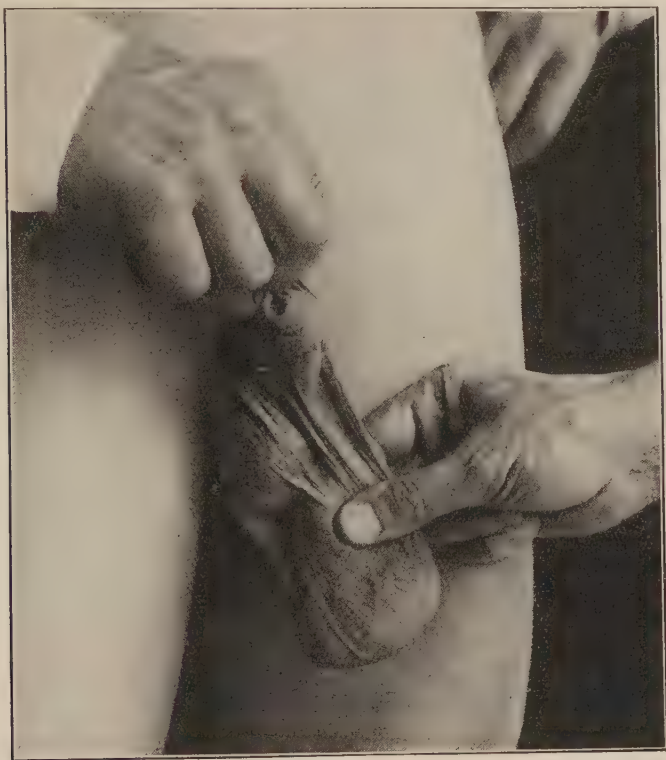


FIG. 467. — Varicocèle gauche : exploration.

soigneusement le testicule, pour en apprécier le volume (comparé à celui du testicule opposé), et la consistance, — et suivre le paquet variqueux dans le canal inguinal. C'est dans la station debout, et après une marche, que l'une ou l'autre exploration seront le plus utilement pratiquées (fig. 467).

Je rappelle le *varicocèle secondaire*, consécutif à une tumeur du rein. (Voy. *Rein*, p. 273.)

URÈTRE ET PÉRINÉE

L'URÈTRE se palpe sur la ligne médiane, d'avant en arrière : ligne médiane inférieure du pénis, raphé scrotal et périnéal, ligne médiane antérieure du rectum.

Il convient de retenir ce fait : c'est « sur le milieu » qu'on doit chercher l'urètre dans les infiltrations, souvent énormes, dont les

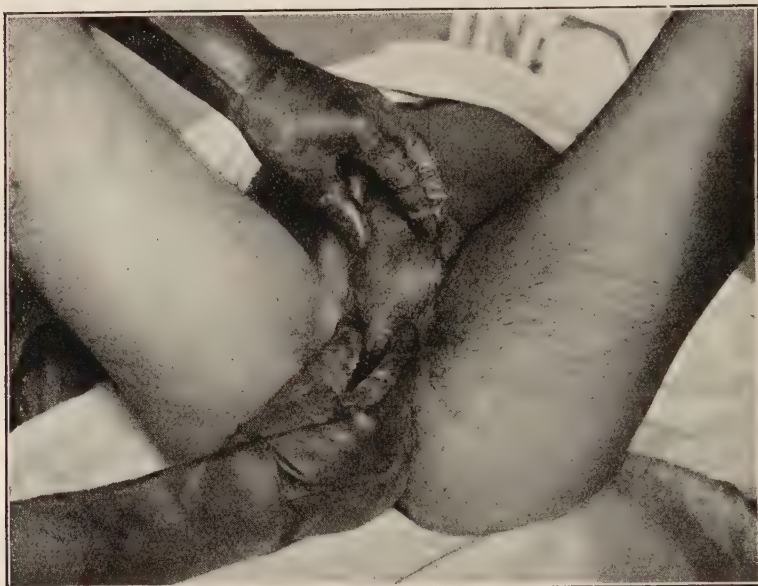


FIG. 468. — Palper du bulbe urétral.

bourses et le périnée sont le siège, après les traumatismes, ou lors du phlegmon diffus péri-urétral (infiltration d'urine).

Je rappelle seulement la « bosse » médiane qui fait relief, sous les bourses relevées, dans la **rupture traumatique de l'urètre**, et qui se prolonge latéralement par l'ecchymose « en papillon ». Bien entendu, l'urétrorragie, la miction considérablement entravée ou supprimée, sont des appoints de première valeur pour le diagnostic ; mais le gros hématome périnéal médian, rapidement développé, saillant, tendu, et qui, peu à peu, se diffuse latéralement et en avant, à mesure que l'urine y pénètre, n'en est pas moins, pour sa part, caractéristique.

Les ruptures urétrales ne sont pas l'expression constante des traumatismes du périnée ; loin de là ; vous verrez, à la suite de chutes

à califourchon, de coups de pied, etc., des périnées largement ecchy-mosés et noirâtres, et soulevés par un *hématome* : ce ne sera plus, en général, la « bosse » médiane, dont nous venons de parler, mais une nappe sanguine sous-cutanée, de limites imprécises, et vous pourrez, en l'affaissant, palper le bulbe urétral (fig. 468); et vous rendre compte qu'il est régulier et sans épaissement notable.

Dans ces contusions, il faut toujours penser aux *branches ischio-pubiennes*, et les explorer, le long des plis génito-cruraux (fig. 469). Une douleur locale nette, quelquefois un certain relief irrégulier, au

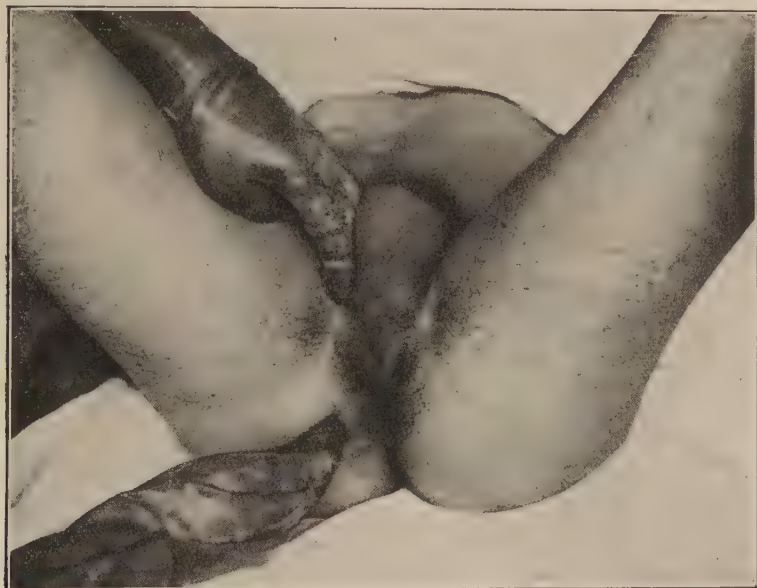


FIG. 469. — *Exploration de la branche ischio-pubienne.* — Une des mains repère l'ischion; l'autre suit le pli génito-crural.

même niveau, vous signaleront la fracture — que la radiographie démontrera.

Dans l'**infiltration d'urine**, vous trouverez aussi la tumeur médio-périnéale, qui tranche toujours, et par son relief, et par sa consistance, avec le gros œdème d'infiltration qui l'entoure : et c'est là, sur la ligne médiane encore, qu'il y aura lieu d'inciser, pour « aller à l'urètre.

L'**abcès urineux**, lui aussi, sera médian, sous-bulbaire, en s'accusant par un relief arrondi ou ovoïde, qui fait corps avec l'urètre, qui est souvent ferme, épais, induré même, qui se ramollit ensuite, et devient rouge et fluctuant. — La palpation du bulbe (fig. 468) sera

tout indiquée en pareil cas, et permettra de préciser, autant que possible, le siège et les atténuances urétrales de l'abcès.

En cette région, lors de petite collection latéro-bulbaire (surtout à gauche), il ne faudra pas oublier la **cowpérite**; et l'exploration la meilleure est celle que représente la figure 470, l'index est introduit dans l'anus, pulpe en avant, et incurvé latéralement, pendant que le pouce s'applique sur le côté du bulbe. On réussit à étreindre, de la sorte, la



FIG. 470. — Exploration de la glande de Cowper.

petite masse latérale, que forme la glande de Cowper abcédée, la cowpérite chronique (ou même, parfois, la cowpérite tuberculeuse). Lors d'abcès, la masse ne tarde pas à grossir, et à s'entourer d'œdème; elle se fusionne avec le bulbe, et devient parfois malaisée à distinguer de l'abcès urinaire.

L'exploration de l'urètre ne se complète que par le **toucher rectal**, qui permet de suivre et de palper l'urètre membraneux et la prostate. Ce toucher doit se pratiquer d'abord dans le décubitus dorsal, les cuisses écartées et à demi fléchies; la main gauche, plongeant au-dessus de la symphyse, comme le montre la figure 471, est très utile : elle fixe, et sert de point d'appui. — L'exploration en position inclinée (voy. fig. 300) aurait encore ses indications, surtout chez les sujets à paroi abdominale amaigrie et dépressible.



FIG. 471. — Toucher rectal, avec main sus-pubienne; pour l'examen de l'urètre profond et de la prostate.



FIG. 472. — Toucher rectal avec relèvement des deux cuisses, pour l'examen de la prostate et de la zone sus-prostatique.

Pour toucher « haut » la prostate et la zone sus-prostatique (vésicules et canaux déférents), on pourra trouver aussi quelque avantage à relever les deux cuisses, comme fig. 472; à mesure que les cuisses sont reportées vers l'ombilic, le bassin se relève aussi, et devient plus accessible.

Enfin, le toucher dans la position genu-pectorale (figure 473) pourra être aussi pratiqué : il permet d'aller loin, mais la paroi rectale antérieure n'est pas soutenue, et fuit sous le doigt, qui apprécie moins bien les caractères de consistance et de limitation.



FIG. 473. — Toucher rectal dans la position genu-pectorale.

Nous allons revenir sur ces manœuvres d'examen à propos de l'anus et du rectum; pour l'urètre, nous nous contenterons de rappeler, que, par ce toucher rectal, bien et progressivement conduit, de bas en haut, sur la paroi antérieure ano-rectale, on peut sentir et repérer un *calcul enclavé dans l'urètre membraneux*, comme le fait nous est arrivé, et même

un *corps étranger* (dans un autre cas, un crayon, « absorbé » par l'urètre, nous fut ainsi dénoncé par le relief de sa base, au-devant de l'anus) — et surtout, l'on peut explorer la **prostate**, et les diverses formes morbides qu'elle présente.

Toucher très douloureux, prostate douloureuse, saillante dans le rectum, sous une paroi œdématiée, fluctuante dans la profondeur, autant qu'on peut s'en rendre compte par la brève pression que permet seule la sensibilité extrême; ailleurs surmontée d'une « bosse », bien fluctuante, cette fois, et à fleur de muqueuse : **prostatite aiguë; abcès de la prostate**. Ne manquez pas d'exercer une pression verticale, avec le bout de l'index, entre le bulbe et l'anus : vous réveillerez souvent

une douleur à ce niveau, et vous constaterez de l'œdème, de la tension profonde, un bloc phlegmoneux; c'est l'abcès prostatique, qui fuse au périnée, et c'est par là, d'ailleurs, qu'il conviendra le plus souvent de l'aborder.

Prostate tuberculeuse : à une période avancée, la grosse masse pré-rectale, à bosselures multiples et ramollies, parfois fistuleuses, ne laisse aucun doute; c'est au stade initial, et, en particulier, lors des explorations complémentaires pratiquées dans l'épididymite tuberculeuse (voy. plus haut, p. 400), qu'il est de toute importance de palper lentement, méthodiquement, de bas en haut, l'un et l'autre lobe, et d'apprécier si l'un d'eux est plus saillant, s'il est sensible à la pression, et surtout si l'on y découvre une ou plusieurs bosselures, ou encore si l'organe entier est saillant, douloureux, bosselé.

Je ne fais que signaler les gros reliefs fermes que dessinent les lobes dans l'**hypertrophie prostatique**, et surtout la vaste surface d'applique pré-rectale de la prostate hypertrophiée, dont les bords latéraux sont saillants sur les côtés du rectum, et que souvent on ne parvient pas à déborder par en haut. Par le palper bimanuel (index rectal; main sus-pubienne) en position inclinée, on repère parfois l'extrémité supérieure des lobes latéraux et le lobe médian.

Quant au **cancer**, il se caractérise par sa dureté ligneuse particulière, et figure une tumeur lobée, à gros lobes, irrégulière, fixe, sans contours nets, et qui se diffuse latéralement.

Sans que l'urètre soit intéressé, vous pouvez rencontrer au **gland**, au **pénis**, au **périnée**, diverses lésions, congénitales ou acquises, des ulcérations, des tumeurs. Je rappellerai seulement le phimosis et le paraphimosis (voir *Chirurgie d'urgence*, p. 649); les variétés d'hypospadias et d'épispadias; enfin les chancres indurés et les chancres mous de la face interne du prépuce et du gland.

Toutes les fois que le prépuce résiste à tout essai de « décalotement », que du liquide purulent, ichoreux, fétide, suinte de son orifice antérieur, rétréci; qu'il est épais, rougeâtre, douloureux, parfois œdémateux : dites-vous bien qu'il y a *quelque chose dessous* : balano-posthite ulcéreuse, chancrelle, chancre induré. « Instinctivement », allez aux deux aines; chaînes ganglionnaires bi-latérales, ganglions gros, fermes, arrondis, bien isolés, indolents : ils signalent le **chancre syphilitique**, et, souvent, d'ailleurs, en palpant bien autour de la couronne, en cherchant à pincer le prépuce, vous sentirez, dans son épaisseur, ou au-dessous de lui, un petit bloc induré.

Ailleurs, des deux côtés ou d'un seul, vous trouverez encore des ganglions, moins gros, pourtant, d'ordinaire, moins fermes, douloureux, et le plus interne, ramolli, et qui figure un relief arrondi rougeâtre, fluctuant à fleur de peau : hubon chancrelleux, **chancre**,

mou balano-préputial, telle est, du moins, l'interprétation la plus rationnelle qui se présente.

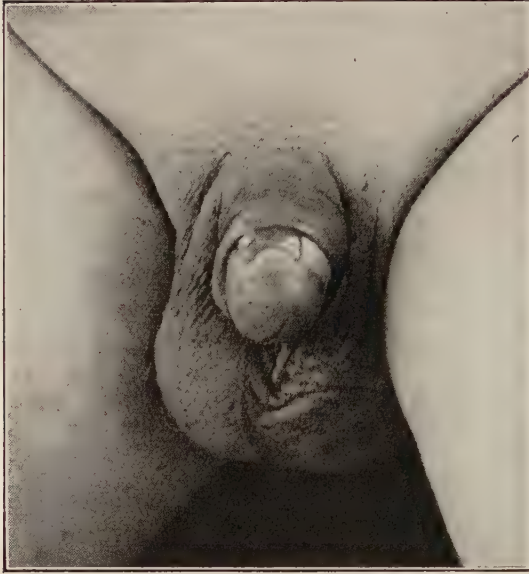


FIG. 474. — Épithélioma de la couronne du gland; prépuce indemne.

Mais il arrive que ces adénites inguinales, aiguës, douloureuses, même suppurées, ne traduisent qu'une **balano-posthite**, sans chancelle et sans chancre, et d'origine banale.

En dehors des cas, où vous constatez, dans les deux aînes, une adénopathie syphilitique caractérisée, vous ne pouvez, en général, conclure, qu'après avoir « vu » la face interne du prépuce et le gland, soit que le prépuce s'assèche et s'assouplisse

par les soins locaux (enveloppements humides, irrigations sous-préputiales), et que vous arriviez, au bout de quelques jours, à le rétracter suffisamment; soit que vous le débridiez.

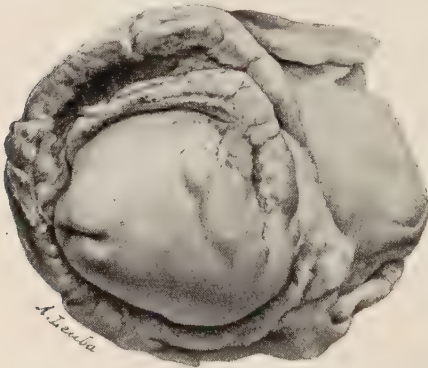


FIG. 475. — Épithélioma du prépuce et du gland.

Ces **phimosis inflammatoires**, par infiltration préputiale, peuvent encore accuser autre chose que la balano-posthite ou les chancres : ils se voient dans les **papillomes**, les végétations, les crêtes de coq, développés dans la rainure balano-préputiale, sur le gland, à la face muqueuse du prépuce, et dans l'**épithélioma du prépuce et du gland**.

Les figures 474 et 475 montrent deux exemples de ces épithéliomas : dans le premier (fig. 474), l'ulcération cancéreuse occupait la couronne sur son bord supérieur et laissait le prépuce à peu près indemne, et mobilisable; dans le second (fig. 475), le prépuce, induré, rigide, était

le siège, à droite, d'une profonde et longue ulcération néoplasique, et la masse épithéliomateuse comblait, en haut, la rainure balano-préputiale, en se prolongeant dans l'épaisseur du gland.

En pareil cas, il faut tout de suite aller aussi à l'aîne, et chercher les ganglions — et encore, comme nous y reviendrons plus loin (voy. *Aîne*. — *Bubon strumeux*) explorer la fosse iliaque, et les ganglions iliaques externes et pré-aortiques.

Sur le **pénis**, je signalerai l'*induration scléreuse des corps caverneux*, qui serait souvent d'origine diabétique.

Au **périnée**, enfin, lorsque l'on rencontre une tumeur arrondie, indolente, de date incertaine, qui tient au raphé par un pédicule assez étroit, il faut toujours penser au *kyste congénital*, kyste dermoïde ou kyste séreux. La figure 476 en représente un cas typique, observé chez un homme d'un certain âge. On voit, le long du raphé scrotal, d'autres petits kystes de même nature, uniques, multiples parfois. On voit encore, au périnée, des *lipomes*, de gros lipomes parfois, médians, ou latéraux, soulevant le pli génito-crural, et se prolongeant à la face interne de la cuisse. J'ai enlevé tout récemment une tumeur de ce genre, grosse comme le poing, molle et lobulée, et parfaitement mobile dans la profondeur.



FIG. 476. — Kyste congénital du périnée.



FIG. 477. — Fistules urinaires, périnéales.

On y trouve, enfin, des *fistules* : fistules consécutives à un *abcès urinaire* ou à l'*infiltration d'urine* opérée (fig. 477); — fistules *tuberculeuses*, d'origine prostatique: — fistules procédant d'un *rétrécissement du rectum*, ou encore d'un *néoplasme rectal*. — Il suffit de les indiquer, pour rappeler les diverses explorations qu'elles commandent.

ANUS, RÉGION PÉRI-ANALE, RECTUM

Nous arrivons à l'**ANUS**, à la **RÉGION PÉRI-ANALE**, au **CANAL ANO-RECTAL**.

L'exploration, pour être utile et précise, devra se pratiquer en bonne attitude :

Soit dans le *décubitus latéral*, le membre inférieur, qui repose sur le lit ou la table, étant en extension, l'autre cuisse fléchie et relevée, le haut du corps infléchi en avant, pour que le siège se détache bien et proémine au bord du lit ou de la table, et en pleine lumière. — On soulève la fesse supérieure. — Il est toujours bon, comme Guyon le recommandait, que le sujet soit couché *du côté malade*, car l'examen en est, de la sorte, plus facile, de haut en bas. (fig. 478);

Soit dans le *décubitus dorsal*, cuisses fortement fléchies, écartées, et bassin relevé par un coussin dur, placé sous le sacrum, le siège débordant le lit ou la table (fig. 479).

Sur la région périanale, le périnée postérieur, ainsi exposé, ne manquez pas de reconnaître, du doigt, les **repères osseux** : l'*ischion* de chaque côté, saillant, convexe, aplati en dedans; la *pointe du coccyx*, en arrière, tout en haut de la rainure interfessière. Entre l'anus et l'ischion, le *creux ischio-rectal*; entre l'anus et le coccyx, l'*espace ano-coccygien* : creux, espace, remplis de graisse, qui s'accusent par des méplats ou des fossettes, chez les sujets maigres, qui communiquent librement, et que limitent en haut les *releveurs de l'anus*. Ils sont tout prêts aux infiltrations sanguines, aux diffusions purulentes; ils figurent, de plus, des voies de pénétration opératoire, par où l'on peut aborder, suivre, explorer le canal ano-rectal, et remonter très haut.

Enfin, l'on se trouvera bien dans certains cas, d'explorer l'anus et la région péri-anales dans la *position genu-pectorale* (voy. fig. 473).

Que voyez-vous?

I. **ABCÈS ET FISTULES**, d'abord.

Abcès. — Une « bosse », latérale d'ordinaire, rouge ou rosée, fluctuante, extrêmement douloureuse, sur le pourtour de l'anus, et qui s'étend plus ou moins au dehors et dans la cavité : **abcès sous-cutanéomuqueux**, abcès de la marge, lésion courante, s'il en fût, et souvent mal examinée, et traitée insuffisamment.

L'abcès doit être, en effet, pour prévenir la fistule, débridé de bout en bout, et, pour cela, il faut en repérer le cul-de-sac supérieur, avec le doigt, si la douleur et la contracture sphinctérienne le laissent pénétrer; avec la sonde cannelée, après incision déclive, et le doigt, qui, cette fois, l'abcès évacué, peut s'introduire et guider

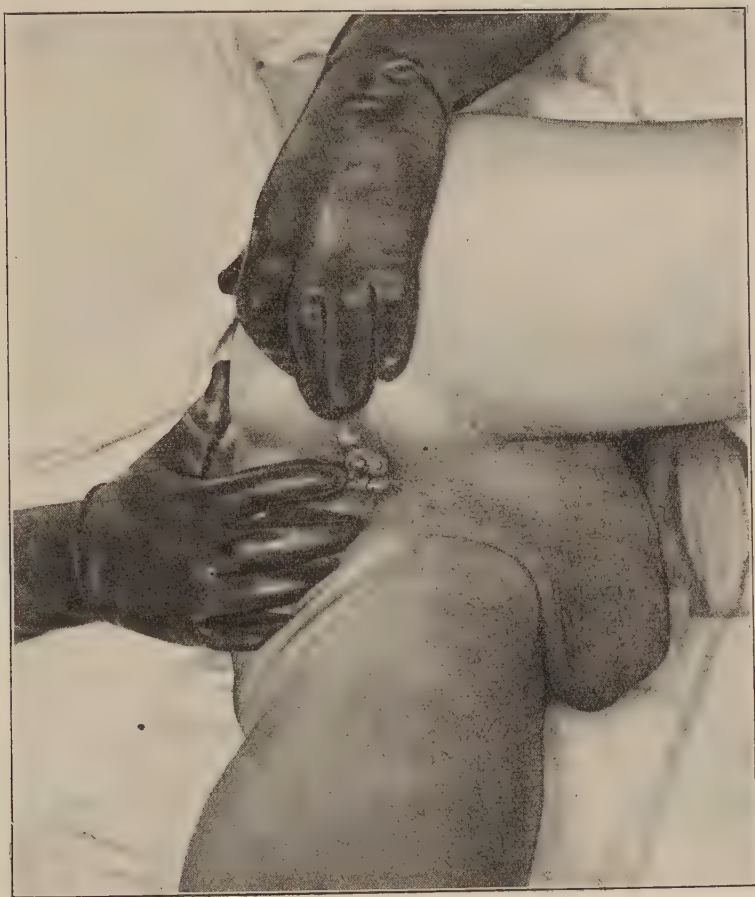


FIG. 478. — Examen de l'anus en position latérale. Hémorroïdes.

l'instrument, jusqu'au sommet extrême du décollement muqueux : le débridement devra toujours être porté jusque-là. Or, ce cul-de-sac supérieur est parfois très haut situé sous la muqueuse.

Ailleurs, l'abcès, tout extérieur, se termine à l'orifice anal; — ailleurs encore, à cet abcès sous-sphinctérien, se combine un autre abcès, sus-sphinctérien, sous-muqueux, occupant la paroi du canal anal, sans communication; — on peut trouver, enfin, un abcès sous-muqueux, du canal anal ou de l'ampoule, isolé, sans rien d'apparent

à l'anus. Et ces formes d'abcès sous-cutané-muqueux suffiraient à démontrer la nécessité constante du toucher rectal.

Je signale seulement les petits abcès *hémorroïdaires*, gros comme un pois, comme une noisette, dans les plis radiés — et les petits abcès *tubéreux* du pourtour anal.

L'**abcès ischio-rectal**, lui, forme un bloc latéral, entre l'anus et l'ischion, et se prolonge plus ou moins, en cornes, vers le bulbe



FIG. 479. — Examen de l'anus, en position dorsale. Condylomes.

urétral, vers le coccyx. Il est compact, ferme, douloureux : on l'explore entre un doigt intra-rectal et un doigt externe. On ne devra pas attendre la fluctuation, et, cette fois encore, l'œdème sous-cutané démontre la suppuration profonde. Entre vos deux doigts, palpez toujours la région ano-coccygienne et le creux ischio-rectal du côté opposé : l'abcès fuse parfois, d'un côté à l'autre, en passant derrière l'anus.

Dans le **phlegmon et l'abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur**, l'abcès latéro-rectal profond, intra-pelvien, développé au-dessus du

Releveur de l'anus, c'est encore le *toucher haut du rectum*, qui fournira des données utiles d'interprétation, en permettant de sentir une masse épaisse, douloureuse, fixe, infiltrée, qui remplit une des moitiés de l'excavation, et, parfois, se diffuse tout autour du rectum. Le toucher vaginal, chez la femme, le palper « plongeant », sus-inguinal rendront aussi des services.

Il arrive qu'à l'examen du creux ischio-rectal, on le trouve rempli, tendu, compact, comme il l'était tout à l'heure (p. 416), dans le phlegmon ischio-rectal; mais l'index intra-rectal montre que, très haut, et sans qu'on puisse repérer une limite supérieure, la paroi latérale du rectum est doublée, blindée par la masse inflammatoire; *phlegmon de l'espace pelvi-rectal supérieur propagé* à l'espace inférieur, *au creux ischio-rectal*, à travers le releveur; phlegmon du creux-ischio-rectal, étendu au bassin, par la même voie.

Quels qu'aient été le processus et la priorité, c'est un *phlegmon latéro-rectal, total et ascendant*, que vous découvrirez alors, et qui, suppuré et abcédé, laissera ce vaste décollement, vertical et haut remontant, du rectum, de cure si malaisée et de pronostic singulièrement grave.

Fistules. — Rappelez-vous qu'elles siègent — le plus souvent — sur les côtés de l'anus : un orifice médian pré-anal éveillera le soupçon d'une fistule urinaire, — un orifice médian postérieur, celui d'une fistule coccygienne. Ce ne sera qu'un soupçon, jusqu'à ce que l'exploration — au stylet — ait prononcé.

C'est elle qu'il faut toujours pratiquer, avant de rien conclure, et en la combinant au toucher rectal.

Elle vous montre si le stylet pénètre jusqu'au contact du « doigt rectal » : **fistule complète**, à deux orifices; — si « quelque chose » sépare encore le stylet de votre doigt : **fistule borgne externe**. Ce « quelque chose » n'est rien, si vous sentez le bout de l'instrument tout proche de la muqueuse : en insistant un peu, vous « complétez », pour opérer; mais il en va autrement, comme nous allons le voir, lorsqu'il reste distant de la paroi rectale interne.

Elle vous montre si le trajet est sous-cutanéomuqueux : **fistule sous-sphinctérienne**; si le stylet n'est senti au doigt, dans le canal anal, qu'à travers une paroi ferme plus ou moins épaisse : **fistule trans-sphinctérienne** ou **extra-sphinctérienne**. Dans ce dernier cas, l'orifice fistuleux externe s'écarte plus ou moins de l'orifice anal.

Il s'en écarte plus encore, lors de **fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur** : le trajet est vertical, parallèle au canal ano-rectal, et, par le toucher, vous vous rendez compte qu'une « muraille » s'interpose entre le stylet et le doigt, sur toute la hauteur de ce trajet, et quel tout en haut, sur le côté, vous provoquez une douleur locale, vous

percevez souvent une certaine infiltration, un certain épaissement, et, en appuyant, vous faites sortir du pus par l'orifice fistuleux déclive.

C'est à la rectoscopie qu'on peut dépister les *fistules ano-rectales borgnes internes*, et encore certaines fistules, haut situées, de la paroi latérale du rectum, correspondant à un foyer pelvi-rectal supérieur.

La *multiplicité* des orifices fistuleux n'est pas rare; elle signale d'ordinaire la nature tuberculeuse du processus, et fait prévoir la complexité des trajets, sous-muqueux, trans-pariétaux, extra-pariétaux, que l'on sera souvent conduit à rencontrer. — La présence de fistules multiples, ouvertes tout autour de l'anus, et donnant issue à un suintement ichoreux abondant, devra toujours éveiller l'idée d'un rétrécissement rectal ou d'un néoplasme. Si l'on explore « instinctivement » le rectum, en présence de toute lésion anale ou péri-anale, on évitera, et pour certaines fistules, et aussi, pour certaines hémorroïdes, les erreurs grossières, dont les exemples s'observent quelquefois.

Enfin, l'on n'oubliera pas les **fistules osseuses**, qui s'ouvrent, d'ordinaire, assez loin de l'anus, et qui conduisent à l'ischion, à la branche ischio-pubienne, au pubis, au coccyx et au sacrum, et même parfois, à la face profonde du cotyle fémoral (Voy. plus loin : *Coxalgie*).

Vous ne voyez ni abcès ni fistules dans la région péri-anale : tout se passe à l'anus même, où vous trouvez : **UNE « TUMEUR » LOCALISÉE, OU CIRCONFÉRENTIELLE, EN BOURRELET.**

II. Je ne ferai que rappeler les excroissances, les petites « tumeurs » anales, circonscrites : *condylome*, petite masse ferme, indolente, sphéroïde ou oblongue, implantée dans un pli radié; *hémorroïde thrombosée*, saillante, noirâtre, douloureuse; hémorroïde flasque, flétrie, plissée (*marisque*); *canéroïde anal*, petite « bosse » dure, un peu bosselée, rougeâtre, qui saigne sous le doigt.

Plus souvent, vous découvrez un **bourrelet saillant, péri-anal**. Bien entendu, le diagnostic saute aux yeux, souvent : hémorroïdes externes en couronne, violacée, encerclant des hémorroïdes internes, procidentes; prolapsus qui se déroule, et devient plus ou moins proéminent, sous un effort.

Mais il y a trois types de ces bourrelets, qu'il convient de bien connaître, pour ne pas les confondre, à un examen insuffisant :

Bourrelet hémorroïdaire, celui dont nous venons de parler : il est bosselé, de teinte rouge sombre, noirâtre, plus ou moins tendu ou dépressible au pincement. — Le toucher rectal montrera s'il existe,

et si l'on sent, d'autres varices circonférentielles, à la face interne du canal anal.

J'ajoute ici que l'on peut trouver, dans certains cas, un *bourrelet hémorroïdaire interne* isolé, non procident. L'examen en position genupectorale (fig 473), avec éversion, aux deux pouces, des bords latéraux de l'anus, rendra des services, en pareil cas (Bensaude et Ernst).

Bourrelet du prolapsus muqueux ou du prolapsus total à deux cylindres. Celui-là est régulier, sans bosselures : c'est un cylindre continu, plus ou moins long, qui descend de la marge anale. Entre l'index, qui plonge dans l'anus, et le pouce, qui s'applique à la face externe, explorez soigneusement, et sur tout le pourtour, ce cylindre prolabé : il est mou, peu épais, lors de procidence de la muqueuse seule (deux muqueuses accolées) ; il est plus épais, plus ferme, plus long aussi, d'ordinaire, lors de prolapsus total (deux parois rectales accolées) ; en avant, où un cul-de-sac péritonéal descend entre elles deux, on réussit parfois, entre le pouce et l'index, disposés comme plus haut, à les mobiliser, à les faire jouer l'une sur l'autre¹.

Bourrelet épithéliomateux, circonférentiel, lui aussi, développé peut-être sur un fond hémorroïdaire, induré et saignant par places ; j'ai vu encore, et opéré, tout récemment, un semblable bourrelet, qui avait passé pour des hémorroïdes ulcérées : il occupait exactement l'aire des plis radiés ; il ne remontait pas au-dessus de l'orifice anal, et le toucher rectal était absolument négatif.

Ailleurs, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de bourrelet anal, on voit **émerger de la cavité, du canal anal**, une « tumeur », une masse, d'aspect et de volume variables. Quoi donc ?

Hémorroïdes internes procidentes, dont nous parlions plus haut, et qui peuvent s'étrangler dans le canal anal, et figurer un gros bloc noirâtre, sanieux, saignant, fétide. L'accident est d'observation courante.

Prolapsus total, à trois cylindres, *par invagination*, le canal anal « restant en place », et la paroi rectale s'infléchissant, au-dessus de lui, pour prolaber. Voyez la figure 480 : le prolapsus est réduit, et les fesses écartées, vous faites « pousser » le sujet, pour assister à la « chute » renouvelée. — Fig. 481 : le prolapsus est dehors : en l'affaisant avec le pouce, cherchez à faire pénétrer l'index autour de son pédicule, en dedans du rebord de l'anus ; si l'index pénètre, plus ou moins loin, jusqu'au fond d'une rigole circulaire, que vous pouvez suivre tout autour, vous avez la preuve qu'il s'agit d'un prolapsus par invagination.

1. Il arrive — mais bien rarement — que de l'intestin ou de l'épiploon soient également prolabés dans le cul-de-sac péritonéal, qui devient un sac herniaire (*hédrocèle*).

Polype du rectum, polype muqueux, muco-vasculaire, adénomateux, mou; — polype fibreux, fibro-myomateux, dur. On voit surtout ces polypes chez les enfants, et les rectorragies répétées y doivent, avant tout, faire penser; d'autant plus rares, que l'âge s'avance, ils peuvent s'observer pourtant chez l'adolescent, chez l'adulte, et j'en ai enlevé un, chez une femme qui frisait la soixantaine, et qu'on croyait atteinte d'un cancer du rectum.

Il arrive qu'après la défécation, la marche, l'effort, le polype saille



FIG. 480. — *Prolapsus rectal, réduit; — poussée, qui va le faire saillir de nouveau.*

à l'anus, rougeâtre, violacé, lisse ou bosselé; si vous pouvez le saisir et l'attirer au dehors, vous amènerez le pédicule, de longueur variable, suivant le niveau d'insertion, très long parfois, blanchâtre, mince. Assez souvent, le polype vous échappe et se réduit, et c'est par le toucher rectal qu'il faudra en compléter l'examen, en chercher le pédicule, l'abaisser et l'extraire de nouveau. Assez souvent aussi, vous ne voyez pas le polype proéminer à l'anus, et c'est l'exploration rectale qui, seule, pourra vous en démontrer la présence.

III. Pas de bourrelet, pas de « tumeur », pas d'excroissance à l'anus, **UNE ULCÉRATION.**

Rappelons tout de suite la *fissure*, qu'il faut chercher, en déplis-

sant un à un les plis radiés, et d'abord, en arrière, à la commissure anale postérieure, où une petite bosselure hémorroïdaire la précède et la signale souvent. Il est assez inutile de s'acharner à cette recherche, si la contracture sphinctérienne est nettement accusée, et que votre index, ganté, vaseliné, doucement introduit d'arrière en avant, ne pénètre pas sans douleur, et qu'il soit serré par l'anneau musculaire; la dilatation anale est le traitement « héroïque », comme disaient



FIG. 481. — *Prolapsus rectal : exploration.*

nos Anciens, et, l'anus dilaté, vous aurez libre pratique pour repérer les érosions muqueuses.

Notez que, si la fissure à l'anus, sous la forme précédente, est une « personnalité » clinique, toute ulcération anale peut se compliquer de contracture sphinctérienne. Et ces ulcérations sont « d'espèces » multiples.

Songez d'abord aux **ulcérations vénériennes** : *chancre induré* à la marge ou dans le canal anal, arrondi ou fissuraire, et dont l'induration, relative, ne s'apprécie qu'au pincement du bord de l'anus, l'index dans le canal, le pouce en dehors (adénopathie inguinale, dure, en pléiade); — *plaques muqueuses*, souvent multiples; — syphilides tertiaires, *gommés ulcérées*, rares; — ulcérations blennorragiques, lors d'infection gonococcique rectale.

L'éventualité de l'**ulcère tuberculeux**, de l'**ulcère néoplasique**, doit être, ici encore, toujours présente à l'esprit, ne fût-ce que pour être éliminée après examen : l'ulcère *tuberculeux* est d'ordinaire assez large, il déborde en dehors les plis radiés, et remonte souvent dans le canal

anal; il est de bord irrégulier, décollé, violacé, et de surface souvent ponctuée de petites élevures d'un gris-jaunâtre; il n'y a aucune induration sous-jacente. D'autres érosions de même aspect se retrouvent souvent, sur le pourtour de l'anus. — L'ulcère *épithéliomateux* est dur, granuleux ou bosselé, et « saigne » au contact du doigt.

Enfin, une large place est à faire aux **ulcères simples**, je veux dire, aux ulcères *variqueux*, d'origine *hémorroïdaire*, en fissure en petite plaque ronde; en large plaque, occupant la commissure anale postérieure; — aux ulcères *septiques*, lors des diarrhées rebelles (dysenterie) et à la suite des écoulements et des souillures, de toute nature, dont la région ano-vulvo-périnéale peut être le siège.

En présence de ces « tumeurs » ou de ces ulcérations anales, il faut toujours explorer **le rectum**, et cette exploration s'exerce également dans les affections rectales isolées : abcès, nés dans la paroi rectale ou procédant d'un organe adjacent : prostatite suppurée, annexite suppurée, abcès ostéitique du sacrum ou du coccyx; — retrécissements et brides; — tuberculose; — cancer.

Je note seulement les services que rend, en pareille occurrence, l'examen rectoscopique; mais l'examen au toucher rectal n'en garde pas moins son utilité. Il a pour objet de préciser, autant que possible, l'extension, la consistance, le relief intra-cavitaire, la mobilité extrinsèque ou la fixité de la tumeur, d'en délimiter l'extrémité supérieure, de la « dépasser » par en haut, et, cela fait, — si cela est faisable, — de voir si elle se laisse abaisser.

Dans ce but, il devra être pratiqué lentement, progressivement, et à fond, et dans diverses attitudes : dans le décubitus dorsal, cuisses fléchies et en abduction; c'est la position courante; dans le décubitus dorsal, le bassin et le tronc relevés par des coussins ou des oreillers; en position inclinée (voy. fig. 300), dans la position genupectorale. (Voy. fig. 473.)

DOS ET RACHIS — BASSIN OSSEUX

C'est le rachis qui figure l'axe statique et dynamique du tronc : — on en repère *la ligne, la mobilité, l'armature musculaire*, par les pratiques élémentaires d'exploration que voici.

Regardez le tronc « de côté » et suivez, de haut en bas, le sillon médian postérieur; vous voyez se détacher en relief les épines des deux dernières cervicales, de la 7^e surtout (proéminente), et, au-dessous, celles des deux, trois, quatre premières dorsales : *convexité cervico-dorsale du rachis*, dont la proéminente est le sommet; — plus bas, la « ligne » devient droite ou s'excave un peu en arrière; elle remonte au niveau des 11^e et 12^e épines dorsales, et des quatre premières lombaires : *convexité dorso-lombaire du rachis*, dont la 3^e épine lombaire est le sommet. — A la hauteur de la 5^e lombaire, une dépression, visible et sensible, se prolonge par deux plis latéraux obliques : *dépression lombo-sacrée*.

C'est dans l'inflexion du tronc en avant que les épines saillantes s'accusent surtout (fig. 482), leur relief permet de les reconnaître, et de les dénommer, lorsqu'on cherche à « localiser » une lésion vertébrale; mais il arrive que l'inclinaison du tronc soit irréalisable, et que, d'autre part, la surcharge graisseuse, l'œdème, l'infiltration sanguine masquent les saillies épineuses. En pareil cas, il devient utile de se remémorer certains *plans transversaux* du tronc, qui, passant par des repères osseux fixes, « coupent », en général — (il n'y a rien de mathématique dans ces topographies, mais des données, qui, pour être approximatives, n'en ont pas moins leur valeur) — telle ou telle vertèbre, telle ou telle apophyse épineuse.

Reportez-vous à la figure 113 : la ligne *bi-épineuse* croise la 3^e épine dorsale; la ligne *bi-scapulaire* (celle qui réunit les deux angles déclives), la 7^e dorsale; la ligne *bi-costale* (celle qui relie les 12^e côtes), la 3^e lombaire.

Rappelez-vous encore que le plan transversal mené par le bord supérieur du manubrium sternal correspond à la 3^e dorsale; et celui de la base xiphoidienne, à la 10^e dorsale.

Plus bas, le plan ombilical passe, d'ordinaire, entre la 3^e et la 4^e lombaire.

Enfin, réunissez la convexité maxima des deux crêtes iliaques : la ligne passera entre la 4^e et la 5^e vertèbre lombaire (ponction rachidienne); réunissez les deux épines iliaques postéro-supérieures : la ligne passera entre la 2^e et la 3^e vertèbre sacrée.

Comment apprécier la mobilité et « l'armature musculaire » ? Nous y insisterons plus loin, à propos du mal de Pott (voy. p. 428), en figurant les diverses épreuves de flexion, d'extension, d'inclinaison



FIG. 482. — Exploration de la mobilité et de la musculature du rachis : flexion.

latérale; mais, sans entrer dans l'analyse détaillée, les deux attitudes suivantes nous donneront une bonne idée de ce que « vaut » un rachis (fig. 482 et 483).

En présence de toute affection, traumatique ou pathologique, du rachis, l'exploration, pour être méthodique et utile, doit suivre les directives que voici, et rechercher successivement : — l'attitude générale, la « **ligne** », rachidienne; — les **reliefs** ou **dépressions locales** — la **douleur locale** — la **mobilité** dans les divers sens.

À la suite des **TRAUMATISMES**, l'examen sera conduit avec une prudence toute particulière, surtout si le blessé est encore en état de commotion « cérébro-médullaire, ou qu'une certaine impotence des membres, relevée dès le début, témoigne d'une fracture probable.

Une fois le blessé alité, avec les précautions que nous avons

signalées ailleurs (voy. *Chirurgie d'urgence*, p. 235), on pourra, sans le déplacer, glisser une main, à plat, sous le tronc, jusqu'à la rainure médiane, et suivre peu à peu, en déprimant le matelas, l'axe vertébral, de haut en bas : on cherchera, de la sorte, un point ou une zone douloureuse, une dépression, un relief. On obtiendra parfois des

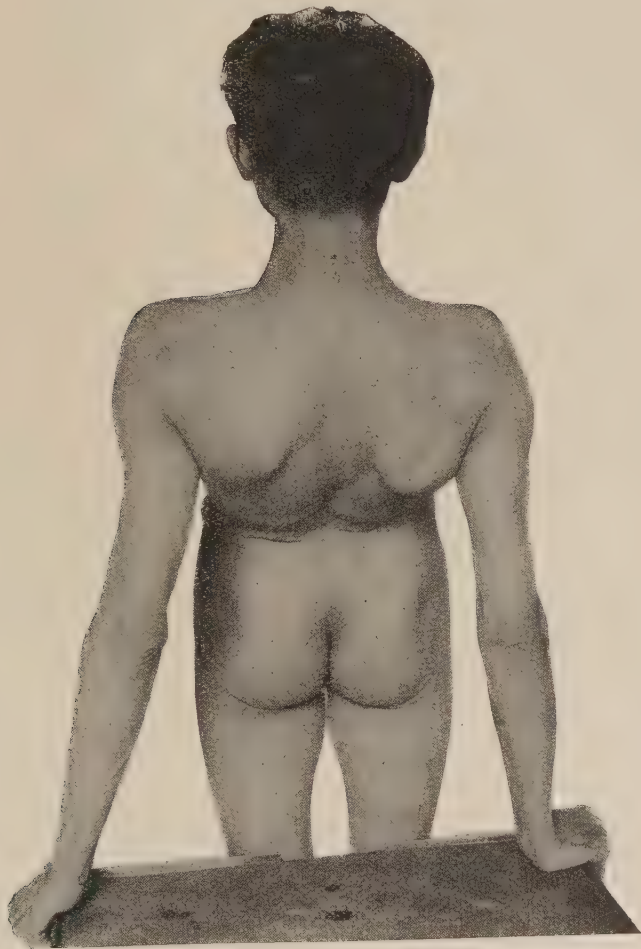


FIG. 483. — Exploration de la mobilité et de la musculature du rachis : extension.

données, mais toujours assez vagues; et mieux vaudra, en règle, tourner le sujet sur l'un des côtés, mais le tourner suffisamment, pour qu'il repose sur le bord latéral du tronc, sans le laisser dans cette attitude instable, oblique, de rotation esquissée, qui ne facilite nullement l'examen.

Vous avez dès lors sous les yeux le dos tout entier, de l'occiput aux cuisses; regardez-le : vous apercevrez parfois, à tel ou tel niveau,

une convexité médiane plus ou moins apparente, une inflexion brusque, une voussure œdémateuse, une bosse sanguine, une zone ecchymotique : c'est un premier indice.

Suivez alors les apophyses épineuses, de haut en bas ou de bas en haut; déterminez-les, aussi exactement que vous pourrez, et sans hâte; la besogne est souvent malaisée, certes; elle l'est déjà sur un rachis normal, et chez un sujet gras : à plus forte raison le devient-elle dans les conditions présentes; mais cette recherche préliminaire, méthodique, des épines, n'en est pas moins à toujours conseiller.

En appuyant du doigt au sommet des épines, en exerçant des pressions alignées sur le milieu du rachis, vous réveillez la **douleur locale**, aiguë, fixe, caractéristique, et qui ne se confond pas avec la sensibilité douloureuse, diffuse, consécutive aux contusions et aux entorses, sans fracture. Une fois repérée la « douleur épineuse » en tel ou tel point, vous cherchez, par la même manœuvre, jusqu'où elle se prolonge en haut et en bas — et si elle s'étend latéralement, dans les gouttières vertébrales (sous les masses musculaires), au niveau des apophyses transverses (en dehors des masses musculaires) et, au thorax, à l'extrémité postérieure des côtes.

Dans l'aire de douleur locale, vous pouvez ne trouver qu'une **déformation** assez restreinte, deux ou trois épines un peu saillantes et dessinant un relief convexe, un angle obtus; ailleurs, une apophyse proémine fortement et soulève la peau, alors que l'épine sus-jacente se dissimule au fond d'une dépression, d'une encoche, plus ou moins profonde. Il arrive encore que la dépression occupe la hauteur de deux ou trois vertèbres, et qu'elle soit limitée, à ses deux extrémités, par deux reliefs transversaux; et encore, que vous trouviez une ou plusieurs épines, non plus affaissées et « rentrantes », mais déviées latéralement, inclinées sur le côté, hors rang.

Vous chercherez toujours à glisser vos doigts de chaque côté des apophyses épineuses, saillantes ou déviées, que vous rencontrez, à les saisir, à les pincer, et à les mobiliser transversalement. C'est ainsi que vous vous rendrez compte parfois qu'elles ne « tiennent » plus, et que vous aurez de la crépitation : crépitation toute locale, sous-épineuse, ou que l'on retrouve aussi, à la pression des lames et des masses latérales de la vertèbre. — Il y a de ces fractures du rachis, qui donnent de gros craquements et de la mobilité à la moindre secousse; fractures graves, s'il en fût, et signes, qu'il faut naturellement relever, lorsqu'ils apparaissent au plus simple examen, mais qu'il ne faut jamais rechercher en insistant.

Du reste, les troubles moteurs et sensitifs, et les troubles recto-vésicaux apportent au diagnostic une confirmation singulièrement probante. Anesthésie et paralysie sont d'extension variable, suivant la hauteur de la fracture et de la lésion médullaire consécutive : déter-

minez-en toujours, avec grand soin, le territoire; et ne manquez pas d'explorer les réflexes (réflexe rotulien; tendon d'Achille; Babinski); l'abolition des réflexes révèle l'interruption totale de continuité de la moelle, par section, rupture, écrasement; — dans les compressions simples, sans lésions graves et irrémédiables de l'axe médullaire, les réflexes sont conservés et s'exagèrent au-dessous du segment comprimé (Delbet).

Vous aurez donc là un élément d'interprétation, d'un réel intérêt. Même lors de fracture démontrée, et de paralysie sensitivo-motrice complète, dans la zone sous-jacente, il y aura lieu, en effet, si les réflexes persistent, de ne pas conclure à une attrition totale et probablement irrémédiable de la moelle, mais d'admettre plutôt la compression mécanique — et, opératoirement curable — par les fragments vertébraux déplacés; ou encore, surtout s'il s'agit d'une fracture basse située, lombaire, l'hémato-rachis, susceptible de se résorber, et de permettre une guérison plus ou moins lente et complète — comme nous en avons vu plusieurs exemples.

Les traumatismes rachidiens ne se traduisent pas toujours, — et heureusement — par ces fractures totales, compliquées de lésions plus ou moins graves de la moelle. Vous observerez aussi des **fractures apophysaires**, parcellaires, et des **entorses**.

Un fait capital est à noter tout d'abord, dans ces conditions : il n'y a pas de troubles sensitivo-moteurs. Pourtant, dans les premières heures, la première ou les deux premières journées qui suivent le traumatisme, vous observerez parfois une commotion médullaire, à rapprocher de la commotion cérébrale : inertie des membres inférieurs, qui ne sont pas paralysés, qui se déplacent à la demande, mais lentement, incomplètement; sensibilité obtuse; rétention d'urine ou mictions involontaires; un peu de ballonnement du ventre, assez souvent. Tout cela dure peu, s'atténue, disparaît; mais il est bon d'être prévenu, pour ne pas, sans raison, conclure au pire.

Les fractures **apophysaires** portent le plus souvent sur les *épinés* : en suivant la crête vertébrale postérieure, comme nous le signalions plus haut, on trouve une de ces épines, douloureuse, déviée, mobile, et qui crépite sur sa base, quand on la pince et qu'on la mobilise. Rarement, deux ou trois épines sont fracturées simultanément.

Mais il ne faut pas oublier les fractures isolées des *apophyses transverses* ou des *apophyses articulaires*. C'est la douleur locale, fixe, qui est le plus souvent l'unique signe révélateur, et voilà pourquoi il importe, dans ces traumatismes vertébraux, sans lésion apparente, d'explorer toujours attentivement, et la ligne épineuse, et les masses « latérales » des vertèbres. J'ajoute qu'il y a un intérêt tout particulier à reconnaître ces fractures parcellaires, latérales; elles laissent souvent, à leur suite, une douleur locale persistante, qu'on attribue au

rhumatisme, ou même, dans certains milieux, à la simulation : j'ai vu deux cas frappants de ce genre, où l'examen radiographique démontra finalement le trait de fracture transversaire (aux lombes).

Bien entendu, il est tout indiqué de recourir, d'emblée, à la radiographie, dans tous ces traumatismes vertébraux, dont nous venons de parler; mais ce recours n'exclut nullement l'exploration locale primitive, plus haut exposée.

Enfin l'**entorse vertébrale** est bien loin d'être rare, au cou et aux lombes; elle est particulièrement douloureuse et se complique presque toujours de contracture musculaire (torticolis; lumbago ou « tour de reins »). Il n'y a, naturellement, ni déformation, ni accidents médullaires, et le rachis est douloureux à la pression, sur la ligne épineuse, et surtout latéralement, sans qu'on puisse, du reste, en général, localiser aussi nettement la douleur que dans les articulations des membres.

L'examen radiographique sera toujours de bonne précaution, car ces entorses peuvent s'accompagner d'une fracture parcellaire des apophyses ou des lames, qui n'a aucune gravité propre, mais qui peut expliquer la longue persistance et les retours de la douleur, dans certains cas.



FIG. 484. — *Mal de Pott* : le sujet ramasse un objet à terre; genoux fléchis, rachis rigide.

Le **MAL DE POTT**, n'est reconnu, au stade initial, que par l'exploration rachidienne, méthodique, chez l'enfant et aussi chez l'adulte.

Chez l'un et l'autre, la **rigidité vertébrale** est le signe capital du début. Vous l'appréciez, cette rigidité, cette immobilisation par contracture musculaire, de tel ou tel segment du rachis, *en regardant*, d'abord : en regardant le sujet en arrière, dos nu, en lui demandant

de se courber en avant, de se renverser en arrière, de marcher, de s'asseoir, de s'accroupir. Vous vous rendez compte qu'une certaine région rachidienne ne « bouge » pas, qu'elle reste raide, fixée; est-elle tout en haut, cervico-dorsale, les épaules tournent, quand le sujet regarde en arrière, et le haut du tronc se déplace en « bloc », la colonne ne se mobilisant que plus bas; — est-elle dorso-lombaire,



FIG. 485. — Mal de Pott : exploration de la flexion.



FIG. 486. — Mal de Pott : exploration de la flexion progressive en suivant de haut en bas la ligne épineuse.



FIG. 487. — Mal de Pott : exploration de l'extension.



FIG. 488. — Mal de Pott : exploration de l'inclinaison latérale.



FIG. 489. — Mal de Pott : recherche de la douleur locale par le procédé des deux pouces.

main », la crête épineuse, de haut en bas, (fig. 486); en cherchant le relief angulaire, la zone douloureuse. Il convient de n'attribuer aucun sens « pathognomonique » à cette douleur locale; mais, lorsqu'elle est très nette et très accusée, elle n'en a pas moins sa valeur, surtout chez l'adulte.

Extension : manœuvre inverse; cherchez à infléchir le tronc en arrière, avec une des mains, pendant que l'autre descend le long de la ligne épineuse (fig. 487).

Inclinaison latérale : renversez le haut du tronc à gauche, puis à droite, en relevant le bras du côté opposé (fig. 488), et voyez si

faites ramasser « quelque chose » par terre, et voyez la figure 484 : le tronc ne s'incurve pas; il s'abaisse, tout d'une pièce, pendant que les genoux se fléchissent.

Cela « vu », explorez successivement la **flexion**, l'**extension**, l'**inclinaison latérale**.

Flexion; faites courber le tronc en avant, le plus possible, en insistant avec une main, appliquée au bas de la nuque (fig. 485); vous constatarez la limitation du mouvement, la douleur qui survient à tel ou tel niveau, quand vous insistez, et, parfois, sur la ligne épineuse, une saillie, un heurt, qui se dessinent.

Répétez la même manœuvre, en suivant, « de l'autre



FIG. 490. — Mal de Pott : exploration d'une saillie médiane.

l'inflexion latérale se produit, jusqu'où elle se produit, si elle est douloureuse.

Cherchez encore la **douleur locale** — dont nous parlions tout à l'heure — par le procédé des deux pouces (fig. 489) : appliquez vos deux pouces de chaque côté des apophyses épineuses, et pressez d'arrière en avant.

Si vous avez reconnu ou entrevu, au cours des examens précédents quelque saillie, quelque relief médian, vous vous trouverez bien de recourir au procédé suivant (fig. 490), pour les repérer : sur la ligne médiane, un de vos pouces descend, l'autre remonte, vers le point à définir, qu'ils abordent par en haut et par en bas.

S'ils reconnaissent nettement une proéminence, angulaire, médiane, ils confirment définitivement le diagnostic, en nous révélant un début de *gibbosité* (fig. 491).

Vous verrez tous les degrés de gibbosité, jusqu'aux déformations extrêmes : gibbosité *médiane*, *angulaire*, presque toujours ; gibbosité *cyphotique*, convexe, dans certaines formes avancées, où plusieurs corps vertébraux sont simultanément affaïsés ; *inflexion latérale*, *d'apparence scoliotique*, angulaire encore, toutefois, dans certaines formes lombaires (Voy. plus bas fig. 494, 495, 496).

C'est alors, mais ce n'est pas alors seulement, qu'il faut chercher les **abcès** : il faut y penser et les chercher dans tous les cas — les surprises ne sont pas rares — et l'exploration d'un mal de Pott n'est pas complète, si l'on n'a pas procédé à cette enquête, dans toutes les régions où peuvent survenir les abcès par congestion, et, avant tout, dans la *fosse iliaque* et le *triangle de Scarpa*.

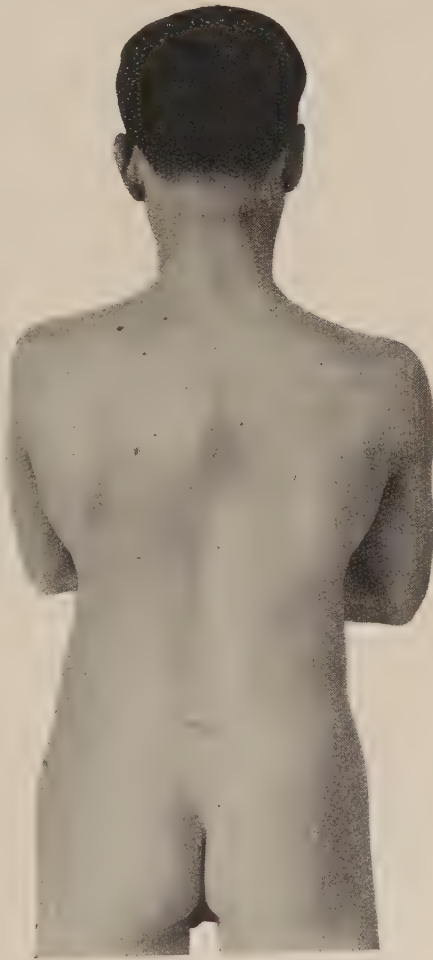


FIG. 491. — Mal de Pott dorsal : début de gibbosité.

C'est là le siège accoutumé de ces collections descendantes, d'origine vertébrale : la figure 492 montre un de ces abcès ilio-cruraux,



FIG. 492. — Abscès par congestion : exploration ilio-crurale.

dont la fluctuation se transmet de la fosse iliaque à la cuisse. Ils peuvent se dessiner en relief au-dessus et au-dessous de l'arcade;



FIG. 493. — Exploration du psoas, pour la recherche d'un abcès pottique commençant (Broca) (et aussi de certains abcès péri-néphrétiques, etc. Voy. plus haut, p. 288).

ailleurs, il y a lieu d'insister, pour reconnaître la transmission crurale; ailleurs encore la poche est incluse dans la fosse iliaque, et ne déborde pas l'arcade.



FIG. 494. — Gibbosité angulaire, médiane, consécutive à un mal de Pott.

au cou, dans les creux sus-claviculaires (Voyez *Cou*, p. 94).

L'abcès de la gaine du psoas, n'en reste pas moins l'abcès par congestion typique (fig. 492) et celui qui accompagne, d'ordinaire, le mal de Pott dorso-lombaire, le plus fréquent.

Il sera bon d'en rechercher l'évolution commençante, en explorant le psoas, par le procédé représenté figure 493 (A. Broca): le sujet est couché sur le ventre; d'une main, vous immobilisez le bassin; de l'autre, vous relevez successivement

Cherchez encore, dans la fesse, au pli fessier, à la face postérieure de la cuisse (abcès émergeant de l'échancrure sciatique); — en dedans de la cuisse, à la région obturatrice; — au périnée (toucher rectal et vaginal; abcès pelviens, ayant fusé à travers le releveur de l'anus); — plus haut et en arrière, au-dessus de la crête iliaque, dans le triangle de J.-L. Petit; — plus haut encore, dans la zone péri-néphrétique; — au thorax, sous l'omoplate, sur les bords de l'omoplate, aux côtés du rachis, dans un espace intercostal, à distance plus ou moins éloignée du rachis; —



FIG. 495. — Bossu pottique, vu de dos : saillie angulaire transversale, étendue au thorax.

les deux cuisses en arrière ; si l'une d'elles se relève moins, ne cède pas ou cède mal, et qu'on la sente « bridée » en avant (c'est le psoas qui « bride », dans cette attitude) — et que le mal de Pott soit avéré — vous en pourrez conclure que le pus commence à s'infiltrer et à « descendre » dans l'épaisseur du muscle.

Il y aura également un intérêt capital à dépister de bonne heure les

troubles moteurs,

qu'ils soient dus à la pachy-méningite tuberculeuse où à la compression mécanique, par coagulation, procédant de l'affaissement d'un corps vertébral, ou de plusieurs vertèbres. Le sujet représenté figure 494, gibbeux depuis huit ans, et qui semblait guéri, avait commencé, il y a deux mois, à marcher mal ; le membre inférieur gauche était surtout intéressé, plus flasque, d'appui moins assuré : on trouvait, des deux côtés, le réflexe rotulien exagéré, surtout à gauche, un « Babinski » en extension, une légère trépidation épileptoïde. Ce sont là, du reste, des signes



FIG. 496. — *Bossu pottique*, vu de face : proéminence du thorax et saillie de la région sus-ombilicale.

initiaux, fréquemment observés dans les compressions médullaires, et qui sont à rechercher et à noter.

Plus tard, la paralysie s'installe : paralysie motrice, plus ou moins extensive (jusqu'à la paraplégie) ; anesthésie, plus tardive, et le plus souvent incomplète ; troubles vésico-rectaux.

Je voudrais enfin signaler les tuberculoses vertébrales, dûment guéries, et depuis longtemps, avec une gibbosité fixe, définitive — les « **bossus** » **pottiques**.

Vous avez vu (fig. 494) une de ces déformations typiques; les figures 495 et 496 représentent un autre « bossu pottique », vu de dos et de face. *Saillie médiane, angulaire* : c'est l'indice de certitude.

On voit des inflexions rachidiennes angulaires à la suite de certains traumatismes (fractures et luxations) du rachis, guéries, avec ou sans impotences permanentes; mais, outre que les exemples en sont rares, l'angulation n'est jamais aussi saillante ni aussi nette. — Et cette angulation ne se retrouve plus dans les déformations rachitiques ou rhumatismales (rhumatisme chronique, arthrite chronique déformante de la colonne vertébrale), qui se traduisent par la cyphose; rappelons à ce propos, les cyphoses post-traumatiques, succédant plus ou moins tard à un accident vertébral sans gravité apparente (Verneuil).

Il y a lieu de noter encore les **ostéites tuberculeuses vertébrales périphériques**, de l'axe postérieur (apophyses épineuses, articulaires, transverses, lames), et les abcès froids du dos et des faces latérales du tronc, qui peuvent en procéder.

La figure 497 en est un exemple typique : gros abcès froid, dorsal médian, proéminent, à peine douloureux; pas de rigidité marquée de la colonne vertébrale, sauf dans la flexion; marche normale. L'abcès ouvert, je trouvai deux apophyses épineuses dénudées, érodées, tuberculeuses; le reste des arcs postérieurs était « recouvert » et indemne;



FIG. 497. — Abcès froid dorsal médian; ostéite tuberculeuse de deux apophyses épineuses.

après l'ablation des deux apophyses et l'excision des parois de l'abcès, la guérison fut obtenue, et ne s'était pas démentie, cinq ans plus tard.

Vous verrez d'autres abcès, moins apparents, moins démonstrateurs, sur les côtés du rachis, le long des espaces intercostaux ou dans la région lombaire, qui reconnaîtront semblable origine ; — vous verrez encore de ces ostéïtes de l'arc postérieur, sans abcès « explorables », et qui ne s'accuseront que par une douleur locale, épineuse, latéro-épineuse ou transversaire, et par une certaine limitation des mouvements du rachis (surtout en flexion) : diagnostic souvent incertain, auquel l'examen radiographique fournira un appoint particulièrement utile.

En présence d'un abcès postéro-rachidien, tel que celui de la figure 497, — et s'il dessine une voussure allongée au niveau des gouttières rachidiennes — vous devez songer encore à l'**ostéomyélite vertébrale**, chez les jeunes sujets (au-dessous de trente ans), l'ostéomyélite de l'arc postérieur, la plus fréquente. Et cela, surtout, dans les formes subaiguës, ou qui ont tourné court, après la poussée initiale.

A retrouver cette poussée, brusque, fébrile, douloureuse, infectieuse, et qui, d'ordinaire, ne remonte pas loin, vous dégagez le meilleur élément du diagnostic ; car rien de semblable ne se voit dans la tuberculose, et l'abcès froid exige un tout autre délai pour apparaître et grossir.

Rappelons seulement, dans les *formes aiguës et suraiguës*, combien il importe de s'attacher au *signe local*, au milieu de ces accidents d'infection générale, qui font penser à la fièvre typhoïde, à la méningite cérébro-spinale, à la méningite tuberculeuse. Le signe local, c'est la douleur rachidienne, toujours violente, irradiée au thorax, à l'abdomen, etc. Examinez le rachis : elle est nettement localisée, cette douleur, à tel ou tel segment du rachis, et le même segment est immobilisé, en bloc, par la contracture musculaire.

Enfin, on ne devra pas, non plus, oublier l'ostéomyélite, lors des *fistules osseuses médio ou latéro-vertébrales*. Tuberculose ancienne, localisée de l'arc postérieur, d'une épine, d'une apophyse transverse ; — tuberculose de l'angle postérieur des côtes, ou des articulations costo-vertébrales : oui ; mais, quelquefois aussi, reliquat nécrotique d'une ostéomyélite ancienne, mal définie ou méconnue.

J'ai vu plusieurs cas de ce genre, où la limitation de la zone séquestrée, compacte, sonore, l'absence de fongosités, et de friabilité osseuse, tout autour, l'absence de toute déformation vertébrale, signalaient le processus ostéomyélitique, dont une enquête minutieuse dénonçait finalement les origines lointaines.

J'arrive aux **DÉVIATIONS RACHIDIENNES**, et je ne fais que signaler les **cyphoses** et les **lordoses**.

Cyphoses rachitiques, des enfants et des jeunes, qui se réduisent dans le décubitus dorsal; — cyphoses « d'attitude professionnelle », irréductibles, celles-là, à un certain âge; — cyphoses par spondylite chronique, par « rhumatisme chronique déformant » du rachis.

Sans insister, je voudrais signaler les courbures cyphotiques localisées, cervico-dorsales, très souvent, avec tête infléchie, lordose dorso-lombaire (de compensation) et proéminence de l'abdomen. Et je voudrais rappeler que ces courbures rachidiennes peuvent devenir le siège, à la suite de traumatismes ou de chutes, de certaines entorses, de certaines fractures parcellaires, qui valent d'être connues et recherchées.

Lordoses statiques, dans la station debout, lors d'immobilisation de la cuisse en flexion (coxalgie, ankyloses, etc) : l'« en selle lombaire » s'accuse encore, dans le décubitus dorsal, lorsqu'on cherche à étendre la cuisse (voy. *Hanche*) — lordoses paralytiques (paralysie des muscles de l'abdomen; paralysie des muscles spinaux et des fessiers), qui se réduisent dans le décubitus.

Mais je m'arrêterai surtout aux **SCOLIOSES**.

Il y a, là aussi, des **scolioses statiques**, consécutives au raccourcissement, à l'inflexion latérale de l'un des membres inférieurs (voy. plus loin, *Hanche*) : la colonne « joue » et s'incurve pour que se rétablisse l'axe vertical du tronc, en station debout.

La dépression, l'affaissement latéral du thorax, à la suite des pleurésies, des résections costales étendues, entraînent de semblables courbures latérales de redressement, de « compensation ».

Voyez figure 498 un type d'*ischias scoliotica* : sciaticque rebelle



FIG. 498. — *Ischias scoliotica* : sciaticque gauche; position hanchée droite; scoliose.

gauche; position « hanchée » droite : scoliose lombaire à convexité gauche; courbure dorsale dextro-convexe, compensatrice. Il arrive que l'attitude soit inverse, et que le sujet « se hanche » du côté malade.

Lorsqu'elles datent de longtemps, ces scoliotes secondaires peuvent « se fixer », par la déformation, lente et progressive, des corps vertébraux, comme nous allons le dire de la *scoliose essentielle*.

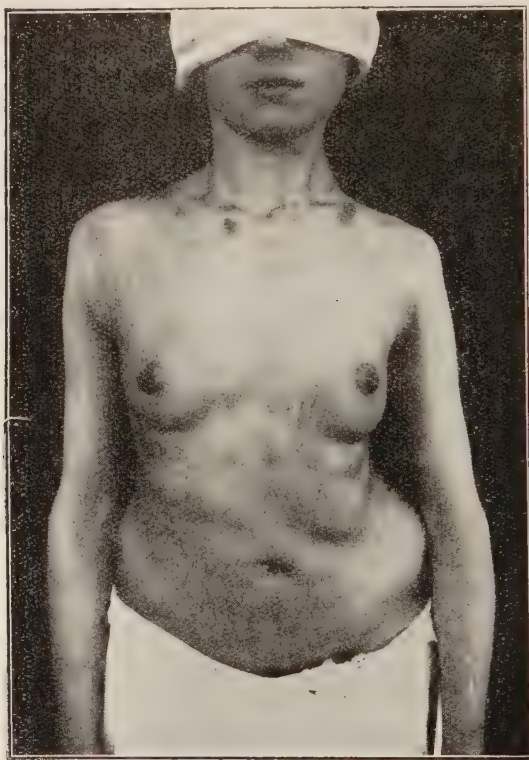


FIG. 499. — Examen d'une scoliose en avant. — Saillie de l'épaule droite; saillie de la hanche gauche; inflexion du bord gauche du tronc; élargissement du triangle latéral gauche.

La **scoliose essentielle**, c'est la scoliose des enfants et des adolescents.

La reconnaître le plus tôt possible — se rendre compte si elle est *mobile ou fixe, réductible ou non* : tel est le double objectif qui doit présider à l'examen.

C'est une épaule « plus haute que l'autre », l'épaule droite, d'ordinaire, qui dénonce le plus souvent la scoliose initiale.

Faites placer le sujet devant vous, nu, debout, les talons joints, les bras pendants, et les mains appliquées par la paume à la face externe des cuisses; mettez-le en pleine lumière, et regardez-le.

En avant (fig. 499); l'épaule droite est plus haute; la moitié droite du thorax plus ou moins aplatie, la moitié gauche saillante; la hanche gauche remonte; le bord gauche du tronc est infléchi; le *triangle latéral* gauche, plus large que celui du côté droit.

Ce *triangle latéral*, c'est l'espace intermédiaire au membre supérieur et au tronc. En règle, quand le membre supérieur pend normalement, « la main appliquée, par sa paume, à la face externe de la cuisse », il y a, entre lui et le tronc (au niveau

de la taille), un espace libre, un petit triangle, à passer le doigt.

Si vous avez affaire à une scoliose dorsale, dextro-convexe, prononcée, le bord latéral du tronc se creuse à la hauteur du flanc gauche (courbure lombaire, compensatrice, convexe à gauche), et, tout naturellement, le triangle latéral s'élargit, et contraste avec celui du côté opposé.

Pour moins apparent qu'il soit, ce contraste des deux triangles est encore à rechercher dans les formes initiales et de déformation peu accusée.

En arrière (fig. 500), vous retrouvez l'ascension de l'épaule droite, la saillie de la hanche gauche, l'inflexion du bord gauche du tronc (avec large *triangle latéral*); mais, de plus, la moitié gauche du thorax est aplatie, fuyante, *la moitié droite proémine*; l'angle inférieur de l'omoplate droite est remonté, soulevé, détaché du tronc; le bord interne est projeté en arrière, projeté en dehors, et plus distant du rachis que celui de l'autre omoplate. — Et vous



FIG. 500. — Examen d'une scoliose en arrière. — Saillie de l'épaule droite; saillie de la hanche gauche; saillie de l'angle inférieur et du bord vertébral de l'omoplate; saillie de la moitié droite du thorax en arrière (gibbosité costale); inflexion du bord gauche du tronc; triangle latéral gauche élargi.

constatez le relief convexe des côtes, en arrière, la gibbosité costale, la « cyphose » costale, qui commande ce déplacement scapulaire.

Rappelez-vous tout de suite, que, dans la scoliose, l'inflexion latérale du rachis est toujours combinée à une *rotation des corps vertébraux, du côté de la convexité* : c'est cette rotation qui entraîne la saillie postérieure, la « cyphose » costale; et, d'autre part, rotation et inflexion latérale ne marchent pas toujours de pair, et vous verrez de grosses gibbosités costales, avec une incurvation minime du rachis.

Il faut maintenant préciser cette déviation latérale, scoliotique. Comment?

Suivez de haut en bas la ligne épineuse, et marquez au crayon, à la teinture d'iode, le sommet de chaque apophyse; au frottement

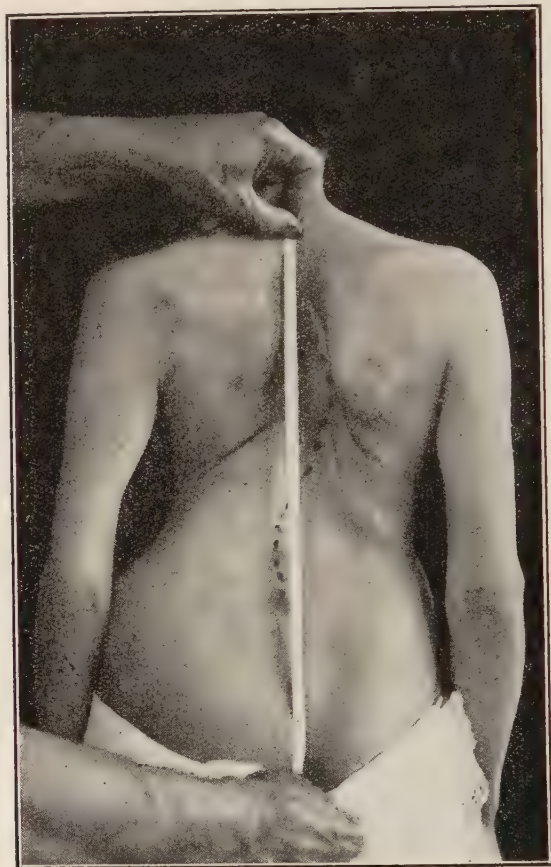


FIG. 501. — *Examen d'une scoliose.* Appréciation des courbures latérales : cordon tendu de la 7^e épine cervicale à la rainure inter-fessière; tracé de la ligne épineuse.

du doigt, une ligne rouge (vaso-motrice) apparaît encore le long des sommets apophysaires, et peut aussi servir de tracé.

Ce tracé vous montre les courbures latérales du rachis : courbure *principale*, dorsale à convexité droite, le plus souvent; quelquefois, lombaire à convexité gauche; — courbures *compensatrices*, au-dessus et au-dessous.

Ces inflexions latérales sont naturellement plus ou moins accusées, plus ou moins profondes, et, si vous êtes curieux de les mesurer, vous pourrez le faire, à peu près, sans appareils, par le simple procédé

que voici (fig. 501) : tendez un cordon de la 7^e apophyse cervicale au pli inter-fessier, et, latéralement, tracez la flèche de chaque courbure.

Les mensurations servent peu, en pratique, lorsque la scoliose est nette et bien apparente; et de plus, on ne devra jamais oublier la *rotation*, dont nous parlions plus haut, et la gibbosité consécutive : *c'est au degré de gibbosité costale que se mesure surtout une scoliose*. Mais le procédé qui vient d'être indiqué garde tout son intérêt pour la détermination des scoliozes au début.



FIG. 502. — *Examen d'une scoliose. Courbure du tronc en avant : relief de la gibbosité costale.*

Scoliose, d'inflexion latérale variable : le diagnostic est fait, mais il n'est pas complet encore. Est-elle restée mobile, redressable, **réductible**, cette scoliose? Est-elle **fixe**, et définitive, par le fait des raideurs et des affaissements rachidiens? La question est d'importance, car elle commande tout le pronostic et toute la thérapeutique.

Faites *courber le sujet en avant* (fig. 502); faites-le redresser, les bras étendus et relevés; faites-le incliner latéralement, et voyez si la colonne « joue », si elle se redresse à certains moments, si l'incurvation se réduit, dans certaines attitudes, et disparaît.

Cherchez vous-même, par des *pressions transversales alternes*, sur les deux bords du tronc, à ramener la colonne en rectitude, — dans la station debout (fig. 503), dans le décubitus abdominal. La suspension, au trépied de Sayre, lèverait toutes les incertitudes.

Scoliose réductible, redressable : — scoliose fixe, à inflexions stables : le diagnostic entre l'une et l'autre forme est d'intérêt majeur : la première

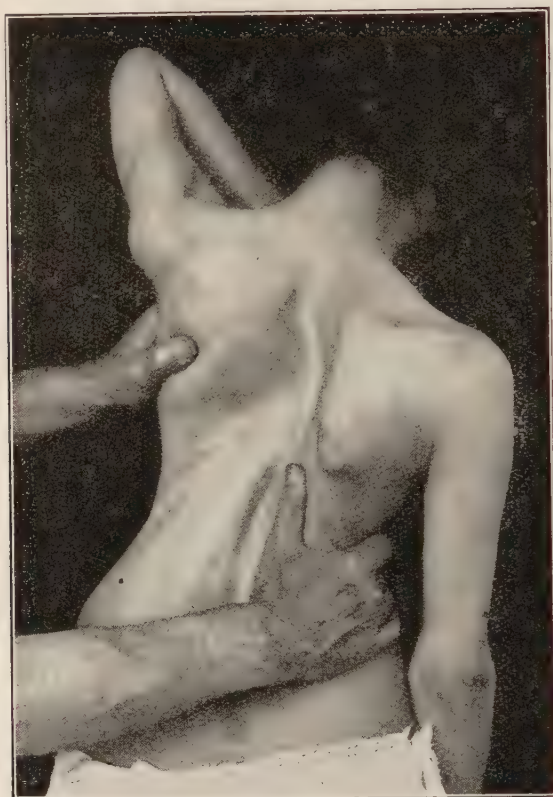


FIG. 503. — Examen d'une scoliose. Essai de redressement par une double pression latérale, alterne.

seule est curable, au moins dans certaines limites, par la gymnastique rationnelle ; la seconde n'est plus qu'une déformation indélébile.

Je dirai seulement quelques mots des **TUMEURS LIQUIDES ET SOLIDES DU RACHIS ET DU DOS.**

Une **tumeur liquide médiane**, analogue à celle de la figure 497, doit faire penser à un abcès froid vertébral, mais aussi à un *hygroma* (chez les porteurs ; au niveau de certaines déformations rachidiennes ; sous les corsets orthopédiques) ; — à un *kyste congénital* (grande rareté) ; — et, bien entendu, chez le jeune enfant, au **spina bifida**. Même à un certain âge, et chez l'adulte, on peut voir, sur la ligne médiane postérieure du rachis, certaines tumeurs, sphéroïdes ou

légèrement bosselées, et qui donnent l'impression d'un lipome mou; on trouve, en effet, à l'intervention, une masse lipomateuse, mais, au centre et dans la profondeur, on tombe sur une poche kystique, une petite *méningocèle*, un spina bifida étroit et court, avec un sac, qui n'a pas grossi, et qui peut même avoir perdu toute communication profonde. C'est là, certes, une éventualité exceptionnelle — j'en ai vu et opéré un cas — mais qu'il faut connaître.

Rappelons à ce propos, les *spina bifida latents*, sans « hernie rachidienne », bornés à la fente osseuse, médiane postérieure, avec écartement variable des lames, qui ne s'observent pas seulement dans l'enfance, mais chez l'adolescent et l'adulte, et qui peuvent se compliquer de divers troubles sensitivo-moteurs des membres inférieurs, et, en particulier, de *maux perforants*. Kirmisson a bien montré que le mal perforant, chez les tout jeunes, doit éveiller l'idée de cette malformation rachidienne, et la faire rechercher; une hypertrichose localisée, une touffe de poils implantée dans le sillon rachidien postérieur, et, au même niveau, une sorte de voussure, mollesse et graisseuse, signalent d'ordinaire le point où l'on pourra repérer, au palper, les deux bords de la fissure osseuse (radiographie).

En dehors des tumeurs liquides médianes, je signalerai seulement le *kyste hydatique* (masse sacro-lombaire).

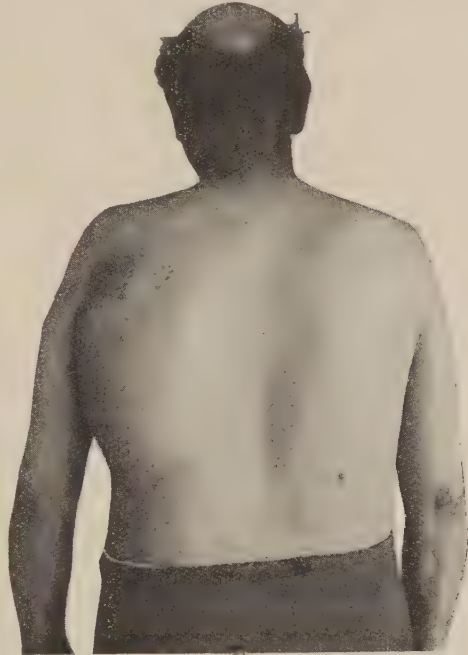


FIG. 504. — Grosse tumeur de la moitié gauche du dos.

Quant aux **tumeurs solides**, ostéomes, enchondromes, sarcomes : elles sont, toutes, exceptionnelles, et revêtent des aspects cliniques différents, suivant qu'elles se développent excentriquement ou qu'elles envahissent d'emblée le canal rachidien, en comprimant la moelle.

Plus fréquent est le *cancer vertébral*, le plus souvent secondaire au cancer du sein (voy. plus haut, p. 143), au cancer du testicule, ou à tel ou tel des cancers abdominaux : affection terrible, s'il en fut, et qui, développée originellement dans les corps vertébraux, se tra-

duit par des douleurs intenses et progressives, en ceinture et le long des membres inférieurs, et par des accidents paraplégiques, de plus en plus accusés, avant même que le palper du rachis fournisse d'autres données que la rigidité douloureuse; plus tard, à une date variable, le néoplasme s'étend à l'arc postérieur et se montre à l'examen (dès le début, radiographie).

Au dos, sur les parties latérales, vous pourrez voir de grosses tumeurs, comme celle de la figure 504, énorme masse, développée



FIG. 505. — Grosse tumeur de la moitié gauche du dos. Recherche de la fluctuation. (C'était un gros abcès froid, d'origine scapulaire).

« en silence », sans traumatisme initial, sans douleur, et dont le malade, un homme de quarante ans, bien charpenté et d'aspect vigoureux, ne s'était aperçu, que du jour, où elle était devenue gênante, par son volume.

Que supposer, en présence d'une pareille « tumeur » ? **Un lipome**, un gros lipome (d'observation fréquente au dos); — un **abcès froid**, d'origine costale ou scapulaire; — et, si la tumeur est solide, un **sarcome** (sarcome des parties molles, sarcome costal, sarcome de la pointe de l'omoplate); — un **enchondrome costal**, ces néoplasmes cartilagineux pouvant ac-

quérir, à la paroi thoracique comme au bassin (voy. plus loin, fig. 513) des dimensions considérables.

Cherchez si la tumeur est liquide (fig. 505) : la fluctuation était manifeste dans le cas présent : c'était un vaste abcès froid, procédant d'un petit foyer tuberculeux de l'angle scapulaire.

Ailleurs, et plus souvent, vous serez conduit à une côte, à une ostéite localisée, et d'une seule côte, le grand volume de l'abcès froid secondaire ne témoignant pas nécessairement de lésions costales multiples.

Enfin, il faudra toujours penser à une collection intra-pleurale,

ouverte sous la peau à travers un espace intercostal (Voy. *Thorax*, p. 117); et il arrive même qu'une grande cavité se fasse jour à la paroi. La réductibilité, au moins partielle, et la propulsion excentrique du contenu, à la toux, l'auscultation, la radioscopie permettront alors de conclure.

Notez encore, à côté de ces collections pariétales nettement fluctuantes, la fausse fluctuation que donnent parfois certains lipomes mous, et même certains enchondromes mous. N'oubliez pas surtout de faire le tour de la tumeur, en cherchant à passer dessous, à la soulever, à la détacher du plan osseux, à la mobiliser.

BASSIN OSSEUX

Au **BASSIN**, je voudrais d'abord, pour faire suite à ce qui vient d'être dit tout à l'heure du *spina bifida*, signaler les **affections congénitales sacro-coccygiennes**.

Vous rencontrerez, dans la rainure inter-fessière, (et le fait n'est pas très rare, si l'on en est instruit et qu'on le cherche), au niveau du coccyx, de la pointe du coccyx, entre le coccyx et l'anus, ou, plus haut, au niveau de l'article sacro-coccygien, et même, en arrière du sacrum, à la jonction lombo-sacrée, de petites **dépressions**, des **infundibula**, des **fistules** étroites, que signale, d'ordinaire, une touffe de poils, et dont le pourtour extérieur se dessine en bourrelet. Ce sont, parfois, de simples curiosités; les fistules, borgnes externes, courtes, en général (1 cm.), sont gênantes, pourtant, par le suintement dont elles sont le siège. J'ai vu récemment une jeune femme, chez qui le petit orifice était sec et semblait fermé, la plupart du temps, mais s'ouvrait et livrait passage à une certaine quantité de liquide, au moment des périodes menstruelles.

Mais ces infundibula et ces fistules sont susceptibles de servir de recessus à des corps étrangers, de s'infecter, de devenir le siège d'abcès, qui, à leur tour, peuvent se fistuliser à distance de l'orifice initial — et, de là, un état phlegmoneux de la région coccygienne, de petits abcès qui se succèdent, des fistules, des ulcérations. Tout cela peut ne traduire qu'un processus banal d'infection localisée; d'autre part, le ou les trajets fistuleux, dûment explorés, peuvent conduire au coccyx dénudé, et dénoncer la tuberculose coccygienne; mais il conviendra de ne pas oublier, dans la discussion clinique, l'éventualité de la fistule congénitale, compliquée.

Vous verrez encore des **kystes**, le long de la crête sacrée et du coccyx : ce sont, en général, ou des *ménincoèles*, procédant d'un *spina bifida sacré*, ou des *kystes congénitaux* : kystes dermoïdes, kystes à paroi complexe. Rappelons que le *spina bifida* latent, sans tumeur

extérieure, s'observe aussi au sacrum, et s'associe parfois, là encore, à des accidents périphériques, tels que le pied-bot ou le mal perforant.

Quant aux kystes, ils peuvent siéger également à la face profonde, pelvienne, du *coccyx* et du *sacrum*, et figurer là des tumeurs, plus ou moins volumineuses, que l'on reconnaît et explore au toucher rectal et vaginal. Elles sont médianes, d'ordinaire, quelquefois latérales; je constatais, il y a quelques mois, chez une jeune femme, une tumeur arrondie, ferme, indolente, grosse comme un citron, accolée à la face postéro-latérale droite du vagin, un peu au-dessous du cul-de-sac; je l'abordai par colpotomie latérale : c'était un kyste dermoïde, qui se

prolongeait, en contournant le bord rectal, jusqu'au sacrum. Il rentrait dans le cadre de ces *kystes congénitaux pré-coccygo-sacrés*, dont nous parlons.

Chez une autre malade, j'ai eu affaire à un kyste médian et plus bas situé, qui faisait saillie entre anus et coccyx, et qui avait été déjà opéré par cette voie; mais il était demeuré fistuleux, et les fistules (il y en avait trois) conduisaient sur une masse pré-coccygienne, fixe et mal limitée. Je trouvai là les restes d'une grande poche kystique, irrégulière, de paroi interne lisse, de paroi externe intimement adhérente au périoste sacro-coccy-



FIG. 506. — Tumeur congénitale de la région sacrée.

gien et à la face postérieure du rectum; l'extirpation en fut des plus malaisées.

Je ne ferai, enfin, que signaler les **tumeurs de la région sacro-coccygienne** : grosses tumeurs congénitales sacro-coccygiennes, tératomes, implantés d'ordinaire à la face postérieure du sacrum ou du coccyx, et dont la figure 506 fournit un exemple typique; — sarcomes du sacrum; — sarcomes et fibro-sarcomes sous-cutanés de la région sacrée (fig. 507), — enfin, abcès froids, lors de tuberculose sacro-coccygienne.

J'arrive aux **TRAUMATISMES DU BASSIN** — qui sont loin d'être rares (chutes, éboulements, tamponnements, écrasement par roues, etc.), et qui se présentent assez souvent avec les allures des « grands traumatismes ».

Il y a là une période d'angoisse initiale; la fracture pelvienne, si elle existe et quel qu'en soit le type, peut être combinée à une rupture de l'intestin, du mésentère, etc. : c'est de ce côté, du côté de l'abdomen, que l'attention doit se concentrer tout d'abord. Songez aussi, tout de suite, aux *ruptures basses de la vessie*, aux *ruptures de l'urètre*, qui peuvent procéder directement de la fracture pelvienne.

Explorez — et remémorez-vous d'abord ce que vous pouvez ren-



FIG. 507. — Fibro-sarcome sous-cutané de la région sacrée.

contrer : **double fracture verticale, antérieure et postérieure**, portant, en avant, sur la branche horizontale du pubis et la branche ischio-pubienne; en arrière, sur la symphyse sacro-iliaque (disjonction, non fracture), sur la tubérosité iliaque, au voisinage de la symphyse, sur le bord du sacrum; — **double fracture verticale, antérieure et postérieure, bilatérale**; — **fracture isolée**, de la crête ou de l'aile iliaque, du pubis, de la branche ischio-pubienne; du cotyle; de l'ischion; du sacrum et du coccyx.

Regardez le blessé couché, à plat, dans l'axe du lit :

Une des moitiés du bassin vous paraît relevée, le membre correspondant semble raccourci : assurez-vous que, les deux membres dis-

posés symétriquement de chaque côté de la ligne médiane ombilicale, l'épine iliaque antéro-supérieure est décidément plus haute; double fracture verticale, avec ascension : c'est l'hypothèse probable, qu'il faudra vérifier par l'examen ultérieur.

Vous trouvez en tel ou tel point, le long de la crête, au-devant du pubis, dans le sillon génito-crural, dans l'une des fosses ischio-rectales, une ecchymose très noire, un épanchement sanguin en relief : l'une ou l'autre pourront être « indicateurs ».

Faites tourner le blessé sur le côté, doucement, lentement, comme

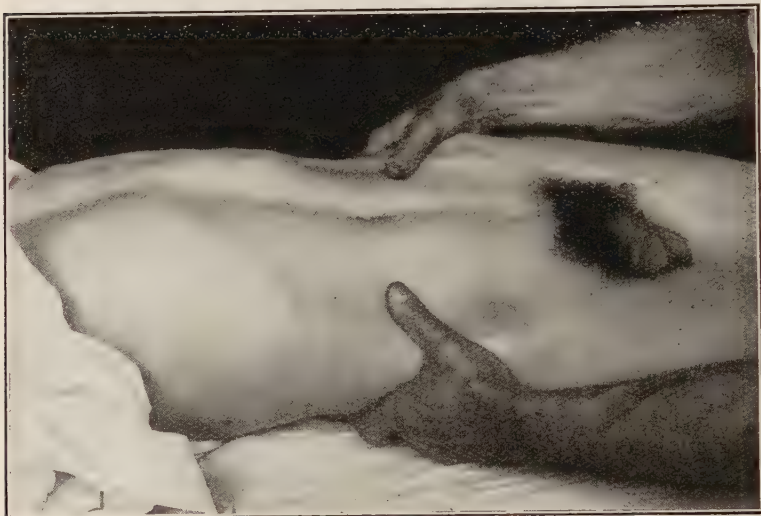


FIG. 508. — Exploration d'un bassin traumatisé. Pression transversale, concentrique.

nous le disions à propos du rachis (voy. p. 423) et regardez en arrière : ecchymose, nappe sanguine, relief osseux vertical, saillant, au niveau ou sur les côtés de la symphyse.

Que ce premier examen, à la vue, ait été positif ou non, il faut chercher la douleur locale. Comment?

Par la pression **transversale** (fig. 508), les deux mains appliquées sur les crêtes iliaques d'abord; puis, plus bas, au niveau des fosses iliaques externes; plus bas encore, dans les régions trochantériennes (Voy. *Hanche*).

Par la pression **excentrique** (fig. 509), les deux mains appliquées sur les épines iliaques, engainant le plus loin possible l'extrémité antérieure des deux crêtes, et s'efforçant de les écarter en dehors.

Par la pression **verticale** (fig. 510), une main empaumant l'ischion, l'autre s'appliquant sur la crête, et la pression s'exerçant de l'une à l'autre, de bas en haut.

S'il y a une fracture du bassin, vous provoquerez, par telle ou telle



FIG. 509. — Exploration d'un bassin traumatisé. Pression excentrique.

de ces manœuvres, une douleur nette à son niveau; et souvent, vous constaterez quelque chose de plus, un peu de mobilité, de la crépitation.

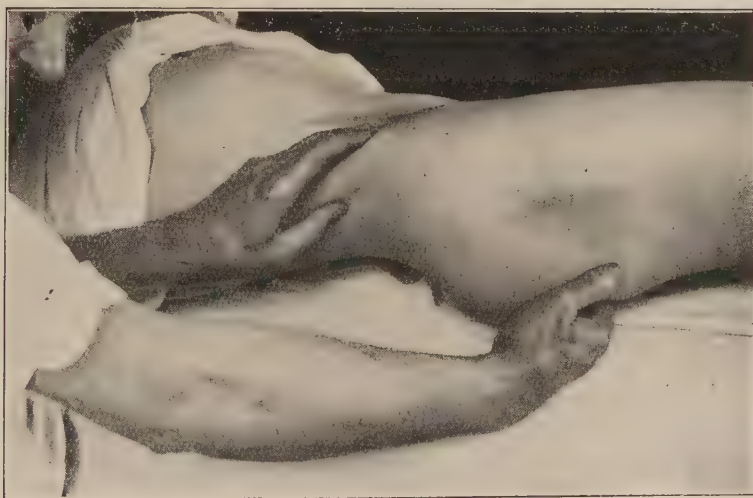


FIG. 510. — Exploration d'un bassin traumatisé. Pression de bas en haut, de l'ischion à la crête iliaque.

En saisissant la cuisse au-dessus du genou, en la portant en flexion forte, en abduction, en adduction, en rotation, vous réveillerez sou-

vent, comme l'avait montré Gosselin, les mêmes points douloureux pelviens.

Il faut maintenant : 1° **suivre le pourtour du bassin**; 2° **l'explorer par en dedans** : toucher rectal et toucher vaginal.

Commencez par la *symphyse* : elle est luxée parfois, c'est-à-dire que les deux pubis sont disjoints, plus ou moins écartés, que l'un d'eux surmonte l'autre, ou même qu'il fait relief en avant; la réduction est simple, d'ordinaire, le maintien est beaucoup plus difficile;

Le *pubis* : le bord supérieur, la face antérieure; douleur locale, fixe; saillie, aspérité; crépitation même. — Vous verrez — comme j'en ai vu — des fractures *isolées du corps pubien*, et qui, parfois, s'accompagnent d'un volumineux hématome, antérieur et postérieur;

La *branche horizontale du pubis* : si vous y trouvez un indice net de fracture, allez tout de suite à la branche descendante, ischio-pubienne, pour l'explorer à son tour (fig. 469); y découvrez-vous également un point fracturé, vous aurez les deux traits antérieurs de la double fracture verticale, et c'est alors en arrière, à la symphyse sacro-iliaque et près de la symphyse, qu'il y aura lieu de poursuivre le trait postérieur.

Mais vous pourrez rencontrer les deux traits antérieurs (branche horizontale; branche ischio-pubienne), sans que l'exploration postérieure n'indique aucune solution de continuité (et la radiographie confirme le fait); et vous pourrez rencontrer encore, isolément, la *fracture verticale postérieure*.

Continuez donc votre exploration du pourtour iliaque.

De la branche horizontale aux épines iliaques antérieures, le palper ne vous donnera rien, à travers l'épaisseur du psoas.

Les épines iliaques antérieures; la crête : cherchez à saisir épines et crête entre le pouce et les doigts, en pénétrant le plus possible à la face interne, pelvienne — et à mobiliser de dedans en dehors. Vous repérerez, de la sorte, les fractures épineuses; les fractures de la crête; quelquefois, chez les jeunes sujets, la disjonction totale de la crête, de l'épiphyse marginale, non soudée, et qui se renverse en dehors; enfin les fractures de l'aile, qui détachent un fragment plus ou moins large.

Sans tourner encore le blessé, faites fléchir et écarter les cuisses, et, les bourses relevées, suivez de haut en bas, à son bord interne, la branche ischio-pubienne, comme nous le disions tout à l'heure — suivez-la jusqu'à l'ischion; cherchez à le « prendre », l'ischion, de dedans en dehors, en déprimant la fosse ischio-rectale, et à le mobiliser, lui aussi : besogne souvent malaisée, et de résultat insuffisant, chez les sujets gras et lors d'infiltration sanguine étendue. La

fracture peut détacher la tubérosité, ou porter plus haut, — sur la branche ascendante, à distance variable du cotyle, et sur la branche ischio-pubienne.

Maintenant, faites tourner le blessé, de trois quarts, sur un coussin antérieur, ou sur le ventre : **examinez la région sacro-iliaque et le sacrum**, et, pour vous orienter, suivez d'abord l'extrémité postérieure de la crête iliaque, repérez l'épine iliaque postéro-supérieure, touchez la crête sacrée.

Comme nous l'avons noté plus haut (voy. p. 448), vous serez frappés, parfois, à première vue, par un relief, plus ou moins saillant et abrupt, qui correspond à la symphyse ou à son voisinage immédiat — à la *tubérosité iliaque* — à l'*aile du sacrum*.

La fracture verticale du sacrum, passant par la ligne des trous sacrés, succède le plus souvent à une chute verticale sur l'ischion, et se combine à une fracture du pubis. C'est le type décrit par Voillemier.

Il arrive que vous trouviez en arrière, associée à une fracture antérieure, du pubis ou de ses branches, non point une fracture, mais une *subluxation ou une luxation de l'os iliaque*, après rupture de la symphyse sacro-iliaque : le siège et la forme du relief proéminent en dénoncent la nature.

Il arrive, tout exceptionnellement, que vous vous trouviez en présence d'une *luxation postérieure de l'os iliaque, sans fracture*, mais, d'ordinaire, avec une disjonction, plus ou moins accusée, de la symphyse pubienne. J'en ai vu un cas dans la dernière année. Ce qui est particulier à ces luxations, qu'elles soient, du reste, isolées ou accompagnées de fractures, c'est leur réduction spontanée, plus ou moins hâtive, que nous avons pu constater chez notre blessé ; elle n'est pas constante, du reste, et l'éventualité n'en contre-indique nullement les essais de réduction immédiate, par propulsion.

Ailleurs, rien ne saille, mais vous n'en devez pas moins palper avec grand soin toute la région, et rechercher les fissures déhiscentes, les points douloureux fixes.

Il ne faut pas oublier l'*entorse sacro-iliaque*, consécutive à certains traumatismes sans fracture, ou combinée à une fracture antérieure, pubienne, et figurant la « lésion » postérieure d'une « double fracture verticale ».

Sur le sacrum, en dehors des *fractures verticales*, « par les trous sacrés », vous pourrez rencontrer des *fractures transversales* avec déplacement en avant du fragment inférieur, et relief « en marche d'escalier » à la face postérieure de l'os. — Vous observerez pareille inflexion antérieure sur le *coccyx*, lors de luxation, ou encore dans les fractures, qui, plus rares, se voient surtout chez les gens âgés, après soudure sacro-coccygienne.

Bien entendu, cette inflexion antérieure apparaît nettement au *toucher rectal*, et c'est ici que je voudrais rappeler, que, dans les traumatismes, après l'inspection du bassin, le palper « en bloc », dans les divers sens, le palper périphérique, au pourtour, **il faut — toujours — pratiquer le toucher rectal**, et compléter l'examen par le rectum.

Par cette voie, en procédant avec méthode et en remontant haut, vous pourrez explorer, en arrière, le coccyx et le sacrum; latéralement, la face interne de l'ischion, le cotyle; tout en haut, la symphyse sacro-iliaque; en avant, moins directement, la branche ischio-pubienne, le pubis, la branche horizontale — et reconnaître des douleurs locales ou des saillies fragmentaires.

Je rappellerai, seulement, les **fractures de la cavité cotyloïde**: fractures du fond, quelquefois avec pénétration intra-pelvienne de la tête fémorale; fractures trans-cotyloïdiennes, en particulier, celle que Walther a décrite, et qui, partant de la grande échancrure sciatique, traverse le cotyle de haut en bas et d'arrière en avant, et, sur son prolongement antérieur, se combine à une fracture de la branche ischio-pubienne (je ne parle pas des fractures du sourcil cotyloïdien, qui ne se démontrent qu'à la radiographie).

Eh bien! dans ces fractures du cotyle, qui ressemblent souvent à des fractures du col du fémur, l'exploration rectale permettra de relever — une douleur locale à la face pelvienne de la cavité cotyloïde; — un relief irrégulier, crépitant même; — un relief arrondi, la tête fémorale, luxée « en dedans », qu'on précisera, en mobilisant la cuisse.

Que l'examen radiographique soit l'élément indispensable du diagnostic ferme, personne n'en doute; mais je n'ai en vue, ici encore, que le diagnostic immédiat, d'urgence, après le traumatisme, ou celui qui doit être posé, dans certaines conditions ou certains milieux, où il serait impossible de recourir à la radiographie. En s'astreignant à cette méthode d'exploration, on reconnaîtra, souvent, au moins, les doubles fractures verticales, et les fractures isolées — et, d'autre part, les données ainsi obtenues, et dûment vérifiées, seront toujours un précieux appoint au diagnostic radiographique.

Les divers modes d'exploration — en bloc ou régionale — du bassin osseux, qui viennent d'être signalés et figurés, à propos des traumatismes, serviront aussi à déceler les **OSTÉITES** et les **OSTÉO-ARTHRITES PELVIENNES**, qui s'accusent, du reste, plus ou moins vite, par un « foyer » suppuré, caractéristique.

On n'oubliera pas, chez les jeunes, l'**ostéomyélite aiguë**, — ostéomyélite **cotyloïdienne**, très grave, d'ordinaire, dont nous reparlerons plus loin (voy. *Hanche*); — ostéomyélite **marginale**, de la crête, qu'on peut rencontrer jusqu'à vingt et vingt-cinq ans.

On n'oubliera pas davantage, au bassin comme partout, lors de *fistules osseuses*, l'origine ostéomyélitique éventuelle, et l'on ne conclura pas d'emblée à la tuberculose : une soigneuse analyse des accidents passés, le siège des fistules, qui conduisent à la crête, au cotyle, ou dans son voisinage immédiat, le caractère des séquestres et des surfaces osseuses dénudées (compacts, durs), l'épaississement osseux ambiant, fourniront d'utiles données au diagnostic.

Quant à la **tuberculose de l'os iliaque**, telle qu'elle se présente avant la période fistuleuse, elle est *périphérique*, cantonnée sur un des points que nous suivions en série tout à l'heure (voy. p. 450), pubis, crête, ischion, etc., — ou *centrale*, et porte d'ordinaire sur l'aile iliaque. Ici, comme sur tous les os « péri-cavitaires » (crâne, thorax, etc.), il y a lieu de toujours soupçonner une collection profonde : c'est dire qu'au bassin, l'exploration « interne », par le toucher rectal et vaginal, est d'absolue nécessité.

Mais j'en viens à l'ostéo-arthrite tuberculeuse sacro-iliaque, à la **SACRO-COXALGIE**.

La **douleur** est un élément capital du diagnostic, surtout au stade initial, où l'on ne trouve encore ni tuméfaction locale, ni abcès : *douleur à distance*, d'abord, sciatique, sur laquelle avait insisté Pierre Delbet et qui manque rarement — en pratique, devant une sciatique tenace ou à répétition, sans cause médicale, s'il convient d'explorer la cavité pelvienne, il faut aussi penser à la symphyse sacro-iliaque, et enquêter de ce côté; — *douleur locale*, à rechercher par l'enquête dont nous venons de parler.

Reconnaissez la symphyse, en suivant d'abord la crête iliaque de dehors en dedans, en repérant la tubérosité, et, si possible, l'épine iliaque postéro-supérieure; — au bord interne de la tubérosité, vous êtes sur la symphyse (fig. 511), et c'est là que vous provoquez la **douleur aiguë, sacro-iliaque**.

Vous pourrez encore la provoquer, en rapprochant les ailes iliaques (fig. 508), en les écartant (fig. 509); — en faisant asseoir



FIG. 511. — Exploration de la symphyse sacro-iliaque.

le sujet sur une chaise ou sur un fauteuil, en lui demandant de se soulever avec les deux mains, appliquées sur les bords de la chaise ou sur les bras du fauteuil, et de se laisser retomber (signe de Larrey). En même temps, vous constaterez que la pression transversale bi-trochantérienne (voy. plus loin : *Hanche*) est indolente, que les mouvements de la cuisse sont libres et indolents.

Cherchez-la encore par le **toucher rectal**, cette douleur sym-

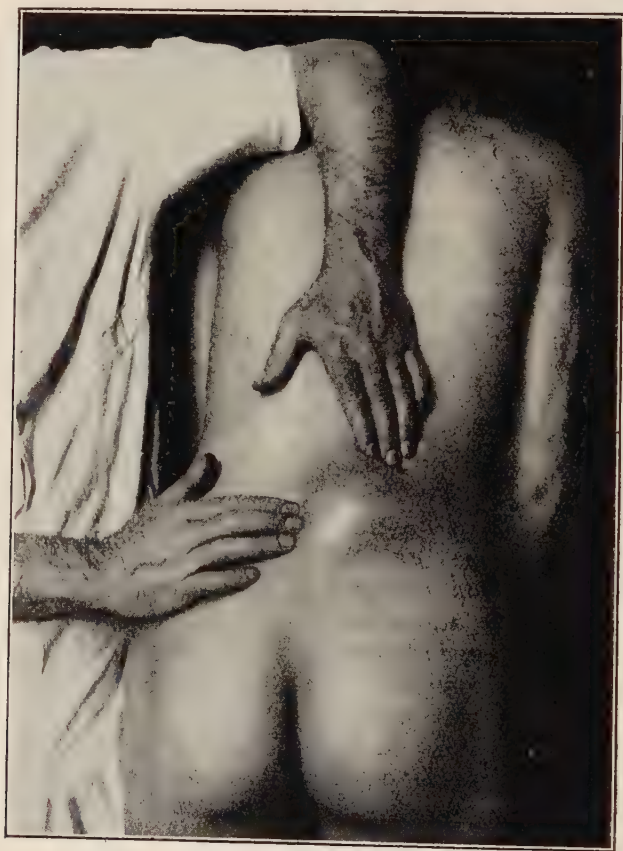


FIG. 512. — *Sacro-coxalgie avec abcès. Exploration.*

physaire, le toucher haut, latéral — et vous serez surpris, parfois, de la retrouver, très nette et caractérisée, de ce côté, et de découvrir même une tuméfaction, un abcès, alors que l'exploration extérieure était restée hésitante ou négative.

Faites marcher votre malade : il souffre en marchant, il a la « jambe faible », il boite. Notez que ce n'est pas là un signe constant : vous verrez des sacro-coxalgies « périphériques », où le processus est

encore limité au bord postérieur ou au bord antérieur de la symphyse, et qui permettent la marche, indolente et régulière.

Je disais plus haut qu'au toucher rectal, vous pouviez, non seulement provoquer une douleur, mais sentir « quelque chose de gros », au-devant de la symphyse, une voussure, un abcès; vous pourrez également, à l'examen extérieur, au niveau et en dedans de la tubérosité iliaque, trouver une masse plus ou moins épaisse, et qui s'accuse par une certaine saillie. Enfin, vous pourrez « voir » et palper **un abcès** (fig. 512).

Petit abcès, dont le siège est « indicateur », mais dont la présence ne doit pas faire passer outre à l'exploration précise de la jointure (fig. 511) : il pourrait procéder, cet abcès, d'une tuberculose localisée de la crête, à son extrémité postérieure, ou d'un foyer circonscrit du sacrum, sans que la symphyse fût intéressée.

Vous verrez parfois de *gros abcès rétro-symphysaires*, des abcès *de la fesse*, plus ou moins dissimulés par l'épais écran du grand fessier ou proéminents; et, en avant, des abcès *de la fosse iliaque*, des abcès *pelviens*. — Et, plus tard, se montreront les *fistules* : fistules sacro-iliaques, fessières, sacrées, lombaires même, qu'il faut explorer et suivre, pour en préciser l'origine.

A propos de la sacro-coxalgie initiale, sans tuméfaction appréciable, sans abcès, et qui ne s'accuse encore que par la douleur — et, plus généralement, des *lumbalgies tenaces et inexpliquées* — il convient de se souvenir d'une lésion aujourd'hui bien connue, et qu'on a dénommée : **sacralisation de la 5^e Lombaire**.

Voici en quoi elle consiste : une des apophyses transverses de la 5^e lombaire — la lésion siège plus rarement des deux côtés, — est « hypertrophiée », surtout à sa partie externe, épaissie, en massue, et se met en contact, ou se fusionne, avec l'aileron sacré et la crête iliaque; — à un stade plus avancé, l'« hypertrophie » porte, non seulement sur toute la longueur de l'apophyse transverse, mais sur la moitié correspondante du corps vertébral, et ainsi se crée un gros bloc osseux, qui réunit la 5^e lombaire à la base du sacrum, et à la crête iliaque, et comble l'espace sous-transversaire. On s'explique les compressions nerveuses, les distensions ligamentaires, etc. qui en résultent, et les douleurs, tenaces et croissantes, qui succèdent à l'augmentation progressive de la masse osseuse, transverso-vertébrale.

Elle n'est reconnaissable qu'à la radiographie, cette masse; le palper local ne révèle que la douleur. Mais c'est là un exemple de plus, démontrant « l'intérêt clinique » de ces lumbalgies invétérées, et la nécessité — constante — d'une étude radiographique.

Les **TUMEURS DU BASSIN OSSEUX** peuvent se présenter sous un volume considérable (sarcomes, chondromes (voy. fig. 513 et 515). — Et, là comme partout, il y aurait un particulier intérêt à les reconnaître, avant cette période de grand développement.

Deux circonstances s'opposent à ce diagnostic précoce : l'indolence de certaines d'entre elles, que le malade, ne souffrant pas, néglige, et laisse croître peu à peu : celle qui est représentée figure 513 datait de trois ans; elle était devenue « gênante » par son volume, et ce fut la seule raison qui décida enfin le sujet à « consulter »; — le siège *intra-pelvien* de quelques autres de ces néoplasmes. Cette fois, il y a souvent des douleurs, sciatique, etc., et des troubles fonctionnels vésico-rectaux, mais on pense à toute autre chose, jusqu'à ce qu'une exploration intrapelvienne, bien conduite (toucher rectal et vaginal), révèle, non sans surprise, parfois, l'origine réelle des accidents.

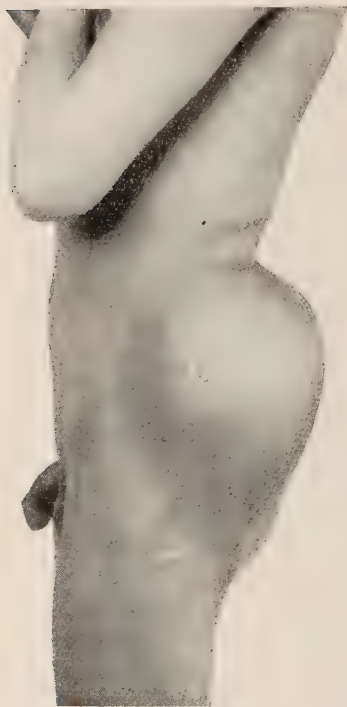


FIG. 513. — Chondrome de l'os iliaque.

Elles sont, effectivement, ces tumeurs, **extra** ou **intra-pelviennes**, et leur évolution commune est de s'étendre, à une certaine période, d'un côté à l'autre, de dedans en dehors, de dehors en dedans surtout.

Les **tumeurs extra-pelviennes**, surtout lorsqu'elles s'implantent sur la crête ou à son voisinage, dessinent un relief qui se détache vite et qui les caractérise. Bien entendu, elles ne doivent pas être confondues avec les

tumeurs *superficielles* : gros lipomes de la fosse iliaque externe, sarcomes musculaires du grand fessier, gommes : leur implantation osseuse, leur adhérence, profonde, à l'os, dûment constatées, préviennent l'erreur; il ne faut pas, non plus, prendre pour un « néoplasme », un gros abcès froid de point de départ osseux.

Ce sont là diagnostics simples, en réalité. La situation devient beaucoup plus complexe, lors de certaines tumeurs de l'aile iliaque, sous-jacentes aux masses musculaires, et qui se diffusent dans l'épaisseur de l'os iliaque. *Néoplasme, syphilis, abcès ostéitique* : telles sont les hypothèses qui se présentent, et qui exigent, pour que la question soit tranchée, examens radiographiques, sérologiques, et ponctions.

✓ Mais je suppose une **tumeur apparente, qui fait relief au dehors.**
A quoi penser?

Tumeur de médiocre volume, très dure, faisant largement corps avec l'os : *exostose*, *ostéome traumatique*, du genre de ceux que nous étudierons à la hanche (Voy. plus loin). C'est rare.

Kyste hydatique de l'os iliaque : le fait est plus rare encore, et le



FIG. 514. — Chondrome de l'os iliaque. La tumeur extirpée.

diagnostic ne se pose guère, à part le cas où « l'on y aurait pensé » et où la réaction de Weinberg serait positive.

Myxomes, fibromes, tumeurs vasculaires : raretés aussi.

C'est à l'**ostéo-sarcome** ou au **chondrome**, qu'on a le plus souvent affaire — à l'ostéo-sarcome surtout.

Je ne crois pas que le diagnostic de nature — à l'exploration — ait grande chance d'être posé, avant l'intervention et l'examen ultérieur; pourtant, une tumeur très volumineuse, qui date de très longtemps, et qui s'est développée toute en dehors, sans se propager en avant, en arrière, ou sur la face interne, pourra justifier l'idée d'un **chondrome** (fig. 513); de plus, le chondrome est, d'ordinaire, bosselé (fig. 514), et les bosselures, multiples, en sont de consistance inégale, fermes, molles, fluctuantes même. Je dois dire que tous ces caractères existaient dans le cas représenté (fig. 513); et que pourtant, j'avais pensé au sarcome.

Le **sarcome**, lui, est le plus fréquent, de beaucoup ; il peut s'insérer sur une surface osseuse relativement étroite, et s'y cantonner, comme dans le chondrome plus haut figuré ; plus souvent, il s'étale à son implantation : vous le retrouvez à la face interne, par le palper iliaque, par le toucher, s'il est bas situé ou s'il descend plus ou moins bas, et cette recherche devient, avant tout, une exploration d'opérabilité.

Chez la malade de la figure 515 (une jeune femme de 30 ans), le sarcome faisait relief sur toute l'étendue de la fosse iliaque

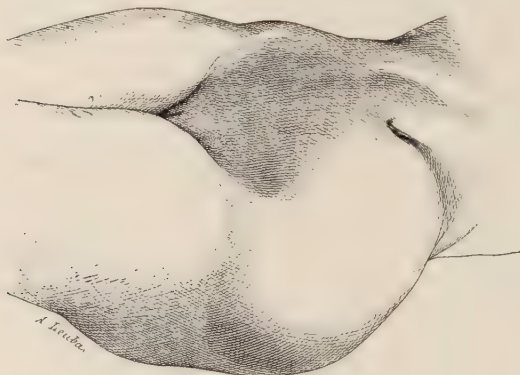


FIG. 515. — Sarcome de l'os iliaque, développé sur les deux faces de l'os, en dehors et dans la fosse iliaque.

externe ; il remplissait la moitié gauche du bassin ; il se compliquait d'un œdème épais et diffus du membre inférieur (compression, thrombose peut-être, de la veine iliaque externe) — et la généralisation n'était pas douteuse : pâleur intense, blanche (je crois bien que cette pâleur, dans le sarcome, a le même sens que la face fripée et

jaune du cancer) ; petites hémoptysies répétées.

Situation désespérée, à moins que la radiothérapie ou la curiethérapie ne puissent être encore de quelque efficacité.

Il faudrait réduire, autant que faire se peut, le nombre de ces formes incurables d'emblée ; l'initiative du médecin n'est pas seule en cause, comme nous le rappelions plus haut ; mais le souci d'un diagnostic méthodique, précis, et complété par l'examen radiographique, sera le meilleur moyen d'obtenir ce résultat : diagnostic « à temps », sinon diagnostic précoce.

Et cela s'applique, tout particulièrement, aux néoplasmes **intra-pelviens**, primitivement intra-pelviens : sarcomes, enchondromes, de l'aile iliaque, à sa face interne, de l'ischion, du sacrum, du coccyx. C'est l'exploration intra-pelvienne, par le toucher rectal et vaginal, qui les dénonce, et qui permet d'en reconnaître, plus ou moins nettement, le siège, l'implantation, l'opérabilité. J'ajouterai que les difficultés habituelles de l'intervention, dans les tumeurs profondes, en aggravent singulièrement le pronostic.

MEMBRE SUPÉRIEUR

TRAUMATISMES DE L'ÉPAULE

Choc à l'épaule; chute sur l'épaule, sur le coude, sur la main en abduction; — épaule douloureuse, impotente : **regardez-la**, en vous remémorant ce que vous pouvez rencontrer :

Luxation de la clavicule.

Fracture de la clavicule.

Luxation de l'épaule.

Fractures de l'extrémité humérale supérieure.

Fractures des apophyses scapulaires ou de l'omoplate.

Contusions simples.

Entorses.

Hématome anévrysmal diffus, sous-pectoral ou axillaire.

Et plusieurs de ces accidents peuvent se combiner.

CLAVICULE

Regardez donc votre blessé de face; suivez de l'œil la ligne des deux clavicules; l'une d'elles saille en haut, à son **extrémité externe**; comparez bien les deux côtés; chez certains sujets, les deux clavicules sont saillantes et comme « subluxées » naturellement, au-dessus des acromions. Mais le relief est unilatéral (fig. 516). Cherchez à le déprimer, à le réduire, avec les doigts, comme figure 517. pendant que, de l'autre main, vous relevez le bras : la marche d'escalier s'affaisse, simplement, sans crépitation, avec frottement sourd, parfois; elle reparait, dès que vos doigts se relèvent : **luxation sus-acromiale**.

Ne négligez pas cette exploration soigneuse : dans certaines fractures de l'extrémité externe, toutes proches de l'article, le fragment interne pourrait, à première vue, en imposer : le heurt angulaire qu'il dessine, la douleur vive que les doigts provoquent, la

réduction moins facile et « avec crépitation », assureront d'ordinaire le diagnostic, — sans qu'on ait besoin de recourir à la mensuration comparative des deux clavicules.

Notez encore que, si la luxation habituelle est en « touche de

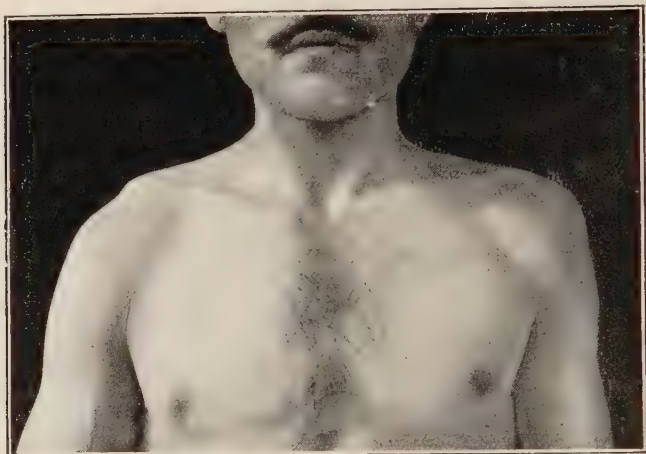


FIG. 516. — Luxation sus-acromiale de la clavicule droite.

piano », vous verrez parfois l'extrémité claviculaire externe chevauchée plus ou moins loin sur le dos de l'acromion, et nécessitant, pour être

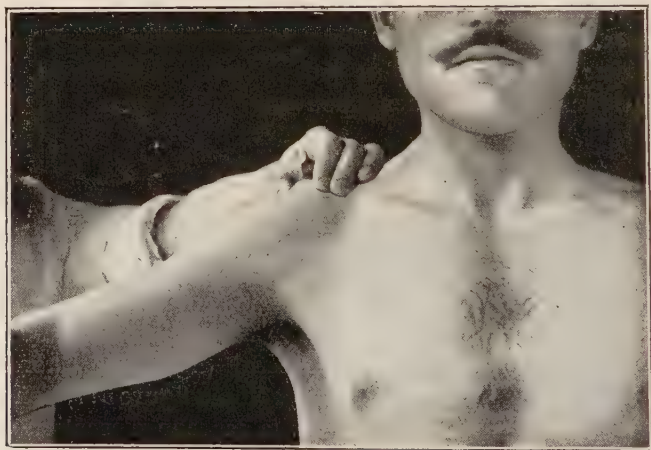


FIG. 517. — Luxation sus-acromiale de la clavicule. Exploration.

réduite, une pression des doigts « de dehors en dedans » ; ces luxations avec chevauchement, qui supposent une rupture capsulo-ligamentaire étendue, sont celles qui créent aussi les indications opératoires. —

Comme nous le dirons à propos des fractures, le raccourcissement claviculaire est le facteur principal des troubles fonctionnels ultérieurs; avec une clavicule raccourcie, l'épaule tombe et se rapproche du tronc; les mouvements « en dehors », abduction, circumduction, perdent de leur amplitude et de leur force.

A l'extrémité interne, les luxations sterno-claviculaires sont exceptionnelles, et, presque toujours, « antérieures »; la « grosse bosse » qui fait relief en avant du manubrium, est caractéristique;



FIG. 518. — Fracture de la clavicule gauche : saillie du fragment interne.

toutefois, ici encore, il convient de penser aux fractures de l'extrémité interne.

J'ai vu cinq ou six de ces luxations, récentes ou anciennes, faciles à réduire, en général, — quand elles sont récentes, — en portant le bras dans l'abduction et la rétropulsion. Ces temps derniers, un « traumatisé de la rue » fut admis dans mon service avec une luxation de ce genre, absolument typique, à grand chevauchement, je n'eus pas le temps de le faire photographier : dès le lendemain, la luxation s'était réduite spontanément.

Lors de **fracture**, vous verrez aussi, d'ordinaire, un relief saillant, à la face supérieure de la clavicule, au tiers externe, le plus souvent (fig. 518); c'est le fragment interne, presque toujours, qui chevauche en haut et en dehors, le fragment externe. Voyez le moignon de

l'épaule : il est plus ou moins abaissé et rapproché du tronc — et votre blessé soutient, de la main opposée, l'avant-bras, fléchi, du côté traumatisé.

Explorez-le soigneusement, ce relief saillant, et cherchez à le réduire, en reportant l'épaule en haut et en dehors; il a parfois embroché le derme, sans traverser la peau, déprimée et fixée au niveau de la fracture; ailleurs, la peau est soulevée, tendue, rougeâtre, à la pression excentrique d'un fragment angulaire.



FIG. 519. — Exploration de la clavicle : les deux extrémités repérées; pression dans l'axe transversal.

Quoi qu'il en soit, attachez-vous à préciser les deux points suivants, par le palper sur place et au cours de la manœuvre de réduction : la fracture est-elle *comminutive*? Fragments multiples, qui crépitent de tous les côtés, et qu'on repère à l'exploration directe, même avant l'examen radiographique. — Quelle est l'étendue du *chevauchement*? Jusqu'où le fragment externe a-t-il glissé sous le fragment interne, relevé?

Vous avez là, dans ces fractures *comminutives*, dans ces fractures **chevauchées**, les deux conditions des accidents fonctionnels ultérieurs, par compression. Dans l'une et l'autre éventualité, le « gros cal » est d'observation coutumière, et c'est ce gros cal qui peut comprimer, et créer, à une heure plus ou moins retardée, les désordres neuro-musculaires.

✓ Mais il arrive que rien ne saille sur la continuité de la clavicule; fractures de **l'extrémité externe**; fractures, beaucoup plus rares, de **l'extrémité sternale** (Voy. p. 461); fractures **diaphysaires**, transversales, **sous-périostées**, sans déplacement, visible, tout au moins (il est exceptionnel, qu'en suivant, de dehors en dedans, la face supé-



FIG. 520. — Exploration de la clavicule, de dedans en dehors, avec les deux mains.

rieure de la clavicule, on ne découvre pas un point douloureux fixe, une petite saillie, qui en accuse le siège).

Comment explorer, en pareil cas, et *rechercher la fracture*? Par les trois manœuvres que voici :

Fig. 519. Repérez les deux extrémités claviculaires, acromion, extrémité sternale, toujours proéminente en avant; voyez, en répétant la même exploration du côté opposé, si la « longueur » claviculaire n'est pas réduite, et puis, pressez d'une extrémité à l'autre, dans l'axe transversal : vous provoquerez une douleur locale, s'il y a fracture;

Fig. 520. Explorez la clavicule, de dedans en dehors, avec les deux mains, l'une au-dessus, l'autre en dessous : douleur locale, mobilité, saillie du bord antérieur ou de la face supérieure;

Fig. 521. Placez-vous derrière le sujet assis ; prenez le coude, d'une main ; de l'autre, suivez la clavicule, de dedans en dehors ; relevez le coude, pendant que vous palpez l'os : s'il y a fracture, vous



FIG. 521. — Exploration de la clavicule, d'avant en arrière, en la suivant d'une main, en soulevant le coude, de l'autre.

percevrez, en quelque point, douleur locale, mobilité, crépitation, quelquefois.

En suivant ces règles d'exploration, on ne s'exposera pas à la surprise de la « grosse bosse », du gros cal claviculaire, que l'on constate plus tard, après qu'on a méconnu la fracture initiale, — ou des douleurs persistantes, qui éveillent toutes les hypothèses (y compris la simulation), jusqu'à ce qu'une radiographie, tardive, ait révélé un trait claviculaire, passé inaperçu.

Il n'y a rien à la clavicule, ni à ses articulations.

L'ÉPAULE

Est-elle luxée?

D'arrière en avant, placez l'index sous le bec de l'acromion, et déprimez : si vous êtes arrêté tout de suite par de l'os, par une surface osseuse convexe, la tête humérale est « en place » ; c'est elle que vous sentez (fig. 522).

Si votre index plonge sans obstacle, « à vide », la cavité glénoïde est déshabillée; la tête n'est plus là, il y a luxation.

Manœuvre fort simple, et qui ne trompe pas : elle doit être le premier temps de toute exploration de l'épaule.

La luxation s'accuse, d'ordinaire, par une déformation et une attitude particulière du membre.

Regardez les figures 523, 524, 525 :

Saillie de l'acromion; aplatissement de la région deltoïdienne;

Palpez, le deltoïde s'affaisse; ce n'est pas de l'atrophie simple : il n'y a plus rien dessous;

Abduction du bras, dont l'axe est oblique en haut et en dedans : abduction marquée dans la *sous-coracoïdienne* (fig. 523), moindre dans l'*intra-coracoïdienne* (fig. 524 et 525); nulle ou presque dans la *sous-claviculaire* (rare, du reste), où la tête, déplacée très loin en dedans, rapproche le bras du corps et l'accôle au tronc.

Nous signalerons plus loin l'attitude caractéristique du membre, dans la luxation sous-glénoïdienne (qui s'observe de temps en temps); et la déformation des luxations postérieures (tout exceptionnelles).

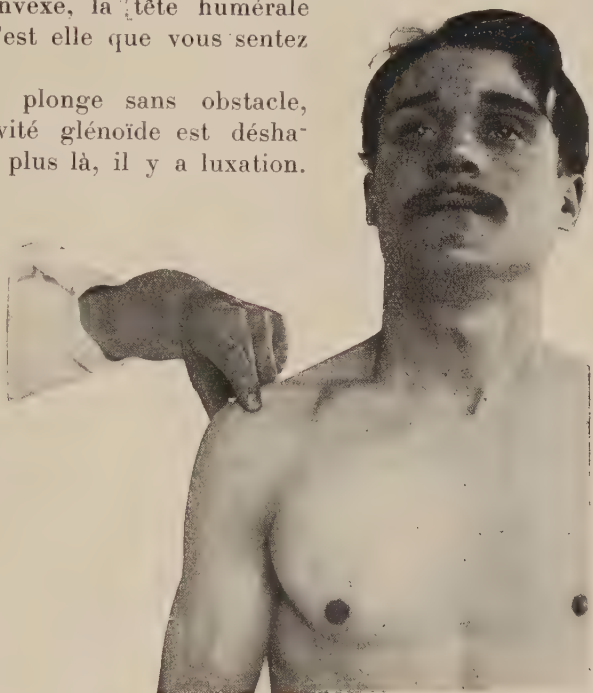


FIG. 522. — Exploration de l'épaule. — Palper sous le bec de l'acromion.

Vérifiez la « fixité » de cette abduction, dans la sous et l'intra-coracoïdienne; cherchez à ramener le coude au tronc, vous n'y parvenez pas; vous ne provoquez pas seulement de la douleur et de la résistance musculaire: il y a un *obstacle mécanique* — et, dès que votre main cède, le coude se dévie, comme avant.

Examinez la paroi pectorale — l'aisselle — **cherchez l'apophyse coracoïde?** Où est-elle, la coracoïde? Repérez le pli pectoro-deltaïdien, et que

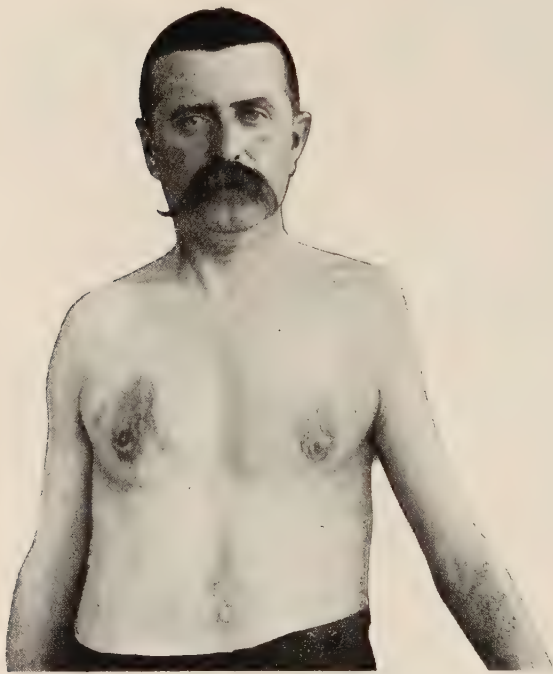


FIG. 523. — Luxation sous-coracoïdienne.

vous votre index plonge dans la fossette, qui le termine en haut, sous la clavicule (fig. 526): c'est là que vous la sentirez, l'apophyse, en ramenant votre doigt de dedans en dehors, et en écartant le bras, pour faire glisser en dehors le rideau du deltoïde.

S'il n'y a pas de luxation, notez que l'emprise de vos doigts, ainsi placés, vous permet au mieux de vous en assurer, et d'explorer la tête humérale.

S'il y a luxation, vous reconnaîtrez, au palper, — **sous la coracoïde**, qui la croise, — **en dedans de la coracoïde**, qui reste isolée et libre, la saillie ronde, dure, mobile avec le bras que vous portez en dehors, de la tête humérale déplacée.

L'exploration doit toujours se faire avec les deux mains, l'une qui palpe sous la clavicule, l'autre, qui empaume le bras au-dessus du coude et le mobilise en haut, et la manœuvre représentée figure 527 est de tout point recommandable.

Regardez donc: votre pouce est dans l'aisselle, sous le bord du grand pectoral, vos doigts sont en avant, sous la clavicule; votre autre main tient le bras, et le relève: vous repérez la tête sous la

clavicule, vous la sentez par l'ais-
selle; à mesure que le bras remonte
et qu'elle descend, vous arrivez à la
saisir, à la « prendre en main ». Bien
entendu, plus elle est déplacée en
dedans, moins elle s'abaisse; dans la
sous-coracoïdienne, on la voit se des-
siner en relief sous le bord du grand
pectoral, le bras en abduction; —
dans l'intra-coracoïdienne, on n'en
découvre souvent, par l'aiselle, que
le bord inférieur, la convexité dé-
clive; — dans la sous-claviculaire,
rare, du reste, et où le relief de
la tête s'accuse tout en dedans,
près du sternum, on ne trouve
dans l'aiselle que l'extrémité supé-
rieure de la diaphyse humérale.



FIG. 524. — Luxation intra-coracoïdienne.

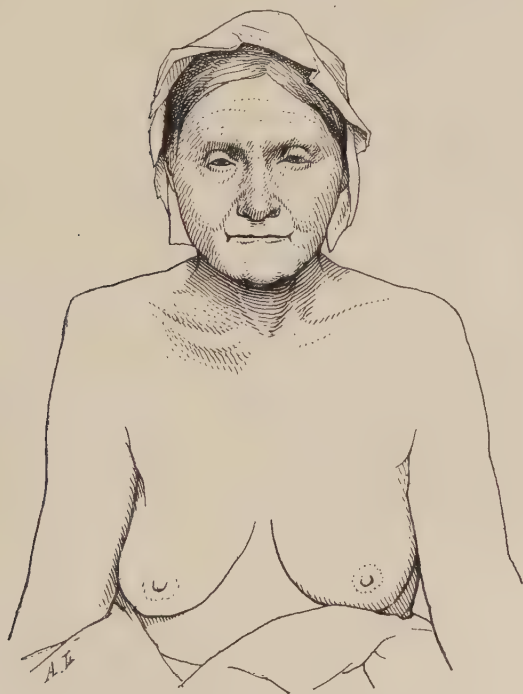


FIG. 525. — Luxation intra-coracoïdienne ancienne.

Je voudrais dire un
mot, ici, de la soi-disant
luxation *extra-coracoï-*
dienne, qui figurerait,
à en croire les descrip-
tions qui se répètent, la
première étape du dé-
placement de la tête en
avant et en dedans.
Ce n'est pas une luxa-
tion d'épaule normale;
c'est le type de la **luxa-**
tion récidivante, con-
ditionnée par le décol-
lement capsulo-pé-
riosté, et sans déchirure capsulaire.

Elle se produit
sous une action trau-
matique minime; elle
est instable, la tête,
« herniée » incomplè-
tement, s'archoutant
sur le bord antérieur
de la glène, et se rédui-

sant avec une singulière aisance. J'en ai vu plusieurs exemples, et j'ai pratiqué encore, il y a six mois, une capsulorrhaphie, chez une femme qui s'était luxé une vingtaine de fois l'épaule droite. L'accident survenait après un mouvement brusque, un effort du bras, pour soulever ou pousser, et, le plus souvent, c'était le mari qui pratiquait la réduction. Il s'agissait bien, ici, de déplacement extra-coracoïdien; mais, encore une fois, ces déplacements ne peuvent être inscrits dans le cadre des luxations traumatiques communes.



FIG. 526. — Recherche de l'apophyse coracoïde.

En pratique, si vous avez l'occasion de constater le relief de la tête au bord externe de la coracoïde, songez au décollement capsulo-périosté, à la « hernie » de la tête, en avant, par évasement capsulaire, sans rupture; — et la facilité de la réduction confirmera encore cette interprétation.

Après les luxations antéro-internes (sous-coracoïdiennes et intra-coracoïdiennes — sous-claviculaires exceptionnellement); il y a lieu de rappeler les **luxations basses, sous-glénoïdiennes**, qui, elles, « sautent aux yeux » : abduction forte du bras; dépression deltoïdienne angulaire, en « coup de hache »; saillie de la tête humérale, qui soulève et tend la peau, à la face interne de l'aisselle. Il peut même arriver

que la tête ait glissé plus bas encore au-dessous de la glène, que le bras soit vertical, ou presque, la main reposant sur la tête : c'est la luxation *erecta* — ou « en mât ».

Quant aux luxations **en arrière, sous-acromiales** ou **sous-épi-**



FIG. 527. — Luxation sous-coracoïdienne ancienne de l'épaule.
Recherche de la tête humérale.

neuses, ce sont de grandes raretés. J'ai souvenir de deux luxations sous-acromiales : le bras est reporté en avant, et en rotation interne ; on sent la tête sous l'angle postérieur de l'acromion.

Il est à peine besoin de rappeler que, dans toute luxation, et, plus généralement, dans tout traumatisme de l'épaule, il faut *explorer*, d'emblée, la *sensibilité du moignon de l'épaule* (lésion du circonflexe entraînant l'anesthésie cutanée du moignon — Th. Anger) — *faire relever la main* ; faire *fléchir, écarter les doigts* (lésion éventuelle du radial, du médian, du cubital : rares, du reste).



FIG. 528.
Luxation sous-coracoïdienne ancienne. Abduction.

Enfin, vous vous trouverez parfois en présence de **luxations irréduites**, plus ou moins **anciennes**. La déformation caractéristique s'est accentuée encore, d'ordinaire, par le fait de l'atrophie du deltoïde et des muscles péri-scapulaires ; l'impotence est variable, et relève,

pour une grande part, de ce degré d'atrophie, et de la mobilisation



FIG. 529. — Luxation sous-coracoïdienne ancienne. — Rétropulsion du bras.

active, à laquelle le bras a été soumis. Certaines luxations mécon-
nues, anciennes, se prêtent, de la
sorte, à une récupération fonction-
nelle importante; ainsi en était-il
chez la jeune fille représentée
(fig. 527), dont la luxation sous-
coracoïdienne droite remontait à
deux ans : les mouvements de
l'épaule s'étaient suffisamment réta-
blis (fig. 528 et 529), et les muscles
avaient gardé ou repris une suffi-
sante valeur fonctionnelle, pour
qu'aucune tentative de restauration
opératoire ne permit d'escompter
un résultat meilleur.

Plus souvent, la luxation irré-
duite ancienne se présente comme
fig. 525, surtout chez les gens âgés :
elle équivaut à une épaule anky-
losée. Il y a là, du reste, toute une

question fort complexe d'indications tardives, à débattre « individuel-

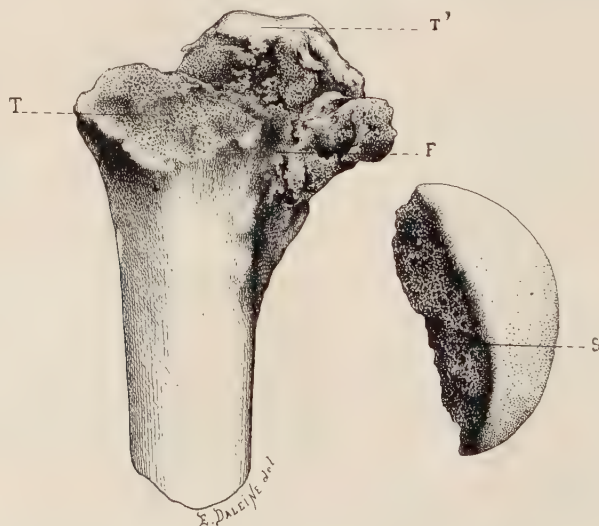


FIG. 530. — Luxation de l'épaule avec fracture du col anatomique.

'S, tête humérale, détachée et luxée dans l'aisselle; — T, plan de fracture correspondant au
col anatomique; — FT', grosse tubérosité, également fracturée.

lement », et dont les principales données sont fournies par l'explo-
ration méthodique, plus haut décrite et figurée.

Les luxations peuvent encore **se compliquer de fractures** : arrachements de la grosse tubérosité ou, plus rarement, de la petite; fractures du col chirurgical; fractures du col anatomique et de la tête. Trois indices devront faire penser à la fracture : l'attitude « fixe » du bras ne se retrouve plus, en général; la douleur est particulièrement vive, au moindre essai de mobilisation; il y a, de très bonne heure, une large ecchymose, un bloc d'infiltration sanguine, qui ne se voient pas, d'ordinaire, dans la luxation simple.

La recherche de la douleur locale, de la mobilité, de la crépitation, par les diverses manœuvres que nous allons indiquer, à propos des fractures de l'extrémité humérale supérieure, — et la radiographie — permettront d'élucider ce diagnostic, souvent fort malaisé.

Je voudrais rappeler les fractures du col anatomique, avec tête humérale projetée, (luxée), dans l'aisselle : on sent parfois, et l'on voit même saillir, dans le creux axillaire, cette tête détachée, mobile, qui se reconnaît aux doigts, et qu'il faut, du reste, extraire, comme un corps étranger (fig. 530).



FIG. 531. — Fracture du col chirurgical de l'humérus : déformation simulant la luxation.

Et cela nous amène aux fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, ou, pour mieux dire, aux **FRACTURES DE L'ÉPAULE**.

Notons tout de suite que certaines de ces fractures simulent, à première vue l'attitude de la luxation. Voyez, figure 531, la coudure du bras au niveau de l'insertion deltoïdienne, et l'obliquité de l'axe brachial. Il suffit d'explorer la zone sous-acromiale et d'appliquer l'index sous le bec de l'acromion (fig. 522), pour reconnaître que l'épaule est habitée, que la tête est à sa place.

C'est une **fracture du col chirurgical**, oblique en dedans, avec **chevauchement** dans l'aisselle du fragment inférieur; cela peut être, exceptionnellement, chez les jeunes (avant vingt ans), un **décollement épiphysaire**. Il convient alors de palper de bas en haut, et le plus haut possible, la face interne du bras, pendant que, de l'autre main, qui a empaumé le coude, on pratique l'abduction progressive

(fig. 532); cherchez à découvrir le sommet du fragment, chevauché « vers la coracoïde », à glisser vos doigts au-dessus de lui, et, pendant que vous l'affaissez, de la sorte, de haut en bas, exercez une traction sur le coude, dans l'axe : vous vous rendrez compte du degré de réductibilité.

Cette exploration par la face interne est particulièrement utile dans toutes les fractures « supposées » ; — et ne négligez pas cette *vaste ecchymose*, très noire, avec œdème, souvent, qui recouvre toute la



FIG. 532. — Exploration de la face interne du bras, avec abduction progressive (fracture du col chirurgical).

face interne du bras et descend jusqu'au coude ; surtout lorsqu'elle est très précoce, elle est souvent révélatrice de fracture.

Un autre mode d'exploration nécessaire, en pareil cas, est celui-ci ; une main tient le coude, pendant que l'autre, à cheval sur l'épaule, pratique une « emprise » antéro-postérieure de la tête humérale ; vos mains ainsi placées, vous êtes au mieux pour presser le bras, de bas en haut, *dans l'axe*, et provoquer la douleur locale ; — pour faire tourner le bras en dedans et en dehors, pendant que la tête est fixée, et provoquer (fig. 533) la mobilité anormale, la crépitation ; — pour explorer la tête. Avant la radiographie, cette manœuvre, bien conduite, sera toujours une des meilleurs pratiques à suivre, pour le diagnostic d'urgence.

Nous avons parlé des fractures de l'épaule : si l'on ne trouve rien à l'humérus, il faut donc explorer également, dans tout bon examen initial, non seulement la *clavicule* (voy. fig. 519, 520, 521), mais l'*acromion* (fig. 522), la *coracoïde* (fig. 526), enfin l'*omoplate*.

A l'omoplate, palpez les bords, les angles, l'épine, et ne manquez pas de saisir en travers, comme le montre la figure 534, le segment inférieur de l'os : de la sorte, vous le tenez en



FIG. 533. — Exploration de l'humérus; une main sur l'épaule, l'autre au coude.

main, et, pendant que vous faites jouer le bras et l'épaule, vous pouvez repérer, s'il y a fracture, une douleur locale, un peu de crépitation, et même de la mobilité.

Pensez encore à la fracture du *col de l'omoplate* et de la *glène* : celles-là ne se démontrent guère au palper, et avant la radiographie; pourtant l'épaule paraît souvent abaissée; dans l'aisselle, en dedans, et tout en haut du bord axillaire de l'omoplate, on trouve un point douloureux bien net, quel-



FIG. 534. — Exploration de l'omoplate.

quefois une saillie osseuse irrégulière, qui, parfois même, se laisse un peu refouler par en haut, sous le doigt, ou remonte, lorsqu'on presse le coude, de bas en haut, dans l'axe du bras. Encore une fois, c'est la radiographie qui tranche le diagnostic; mais il n'en reste pas moins que, pour être complète, l'exploration, après un traumatisme de l'épaule, ne doit pas seulement porter sur le moignon, mais, dans l'aisselle, sur la face interne du bras, et aussi, sur le bord externe de l'omoplate, jusqu'à la tête humérale.

Pas de luxation, pas de fracture; l'examen peut, très vite, légitimer cette conclusion, mais il ne devra jamais être « superficiel » et hâtif; les « surprises », que révélera l'expérience, l'apprendront, mieux que tout précepte écrit. J'ajouterai qu'une vérification radiologique serait toujours désirable.

Contusion de l'épaule. — Ce n'est point une lésion banale et sans intérêt, et les « suites » démontreront vite au praticien combien il a de raisons de s'y intéresser d'emblée, pour chercher à la « définir », pour ne pas émettre de pronostic imprudent, pour instituer, sans retard, le « bon » traitement.

Ce qui crée la gravité fonctionnelle des contusions de l'épaule, c'est la *contusion articulaire*. Vous verrez des moignons de l'épaule tuméfiés, ecchymosés, noirâtres, et qui permettront, à très bref délai, une récupération fonctionnelle complète : le traumatisme a porté obliquement, sur la couverture de parties molles, en glissant à la surface externe de l'articulation.

Ailleurs, l'aspect est beaucoup moins impressionnant, mais, dès le lendemain, le deltoïde est plat et tombant, et l'abduction presque abolie : *contusion articulaire*, cette fois, et parésie musculaire qui sera l'étape initiale de l'atrophie. Cette parésie et cette atrophie se retrouvent dans toutes les contusions articulaires, quelles que soient les articulations, et c'est un fait général, dont il convient de se préoccuper toujours, pour recourir tout de suite au traitement nécessaire, électrisation, mobilisation méthodique et progressive, et formuler les réserves de pronostic : impotence, raideurs, péri-arthrite (voy. p. 475).

Rappelez-vous encore les **élongations et les arrachements radiculaires** : la jeune femme, représentée (fig. 535), à la suite d'une contusion de l'épaule et de la région sus-claviculaire, était atteinte d'une impotence complète de l'épaule et du bras gauche, qui, après examen « spécial », fut rapportée à une lésion radiculaire : en dépit de tous les traitements, aucune amélioration n'est survenue depuis quatre mois. — Il y a pis encore, et j'ai le souvenir d'un élève de l'École polytechnique, chez qui pareils désordres, avaient succédé à une con-

tusion « banale » de l'épaule, et se compliquaient d'atrophie progressive et de douleur, et de toutes les menaces de la myélite ascendante.

L'entorse de l'épaule est un autre accident, qui s'associe, ou non, à la contusion, et qu'on ne décrit pas toujours avec tout le soin qu'il mérite, en pratique. Contusion et entorse de l'épaule, simultanées, sous un même traumatisme, oui; mais il arrive — et les accidents de sport, en particulier, en fournissent maints exemples — qu'aucun choc n'ait porté sur l'épaule, qu'elle n'ait pas « touché », ou qu'elle



FIG. 535. — Contusion radiculaire à gauche : impotence complète de l'épaule et du bras.

n'ait touché que « secondairement »; chute sur la main, le bras en abduction forcée; rotation forcée du bras; élévation forcée, brusque, du corps, la main seule « s'accrochant » à un point d'appui, alors que le membre opposé n'a plus de soutien, et que le corps tombe de tout son poids. Pareilles éventualités traumatiques se reproduisent souvent, aussi, dans les accidents du travail.

Eh! bien, pour reconnaître l'entorse, il faut rechercher, à l'épaule comme ailleurs, *la douleur d'interligne*. Où donc? Sous le bec acromial (fig. 522); le long du bord externe de l'acromion, à un doigt audessous, par pression profonde, trans-deltaïdienne; et surtout, par l'aisselle, tout en haut du bord axillaire de l'omoplate, en dedans de la tête humérale.

A l'entorse ou à la contusion se rattache tout naturellement la **péri-arthrite scapulo-humérale**, dont les origines traumatiques ne sont pas toujours très nettes, ni, d'ailleurs, seules en cause, mais qui, d'obser-

vation fréquente (lorsqu'on sait l'observer), revêt un aspect, et des signes d'exploration, caractéristiques.



FIG. 536. — Péri-arthrite scapulo-humérale.
Élévation de l'épaule sans abduction.

Abduction (fig. 537); elle est malaisée, limitée, (voyez l'attitude



FIG. 537. — Péri-arthrite scapulo-humérale.
Abduction.

L'épaule est douloureuse, le soir, la nuit, après les essais de travail; elle est « brusquement » douloureuse, dans certains mouvements, surtout lorsqu'on relève le bras. Elle est souvent aplatie, et le deltoïde plus ou moins atrophié. Vous provoquez de la douleur, au doigt, sous le bord de l'acromion, sous le bec acromial; mais c'est *en arrière* qu'il faut regarder, en faisant faire les trois mouvements que voici :

Élévation de l'épaule, en bloc, sans abduction du bras (fig. 536) : elle s'exécute bien, l'articulation sterno-claviculaire est libre, ainsi que la face thoracique de l'omoplate;

Abduction (fig. 537); elle est malaisée, limitée, (voyez l'attitude que prend instinctivement le sujet), et l'omoplate se déplace tout de suite ou presque (voy. encore fig. 540). C'est un des signes principaux, avec le suivant :

Rétropulsion de la main, pour l'appliquer au dos (fig. 538) : le mouvement est des plus difficiles et des plus pénibles; l'angle déclive et le bord interne de l'omoplate saillent fortement.

La péri-arthrite, qui a son siège originel dans la bourse séreuse sous-acromio-deltoïdienne, n'est pas, du reste, à confondre avec les *raideurs articulaires* proprement dites, consécutives à certaines arthrites, aiguës ou chroniques (voy. plus bas) : cette fois, le jeu de l'arti-

culation n'est plus seulement borné dans l'abduction, mais dans tous les sens, abduction, rotation, propulsion, rétropulsion, et l'on réveille de la douleur à la pression, non seulement sous le bord externe de l'acromion, mais en avant de la tête humérale (gouttière bicipitale) et dans l'aisselle, en haut et en dedans, sous la tête.

Les raideurs sont plus ou moins serrées, jusqu'à l'*ankylose incomplète, fibreuse*; raideurs et ankylose fibreuse sont exposées à un accident, qui n'est pas rare, et qui succède à un mouvement brusque de l'épaule, à une chute sur le coude ou la main, etc. : l'*entorse*, qui se traduit par une douleur aiguë et persistante, aux points que nous rappelions tout à l'heure, par du gonflement, de l'infiltration sanguine. Il faut faire une place à cette éventualité, dans les *épaules douloureuses*, après traumatismes, et ne pas conclure tout de suite à l'« arthrite traumatique » (?). Signalons ici — et la remarque est générale — qu'une articulation enraidie, ne le fût-elle que très peu, est toujours beaucoup plus « prédisposée » aux entorses, qu'une articulation normale, de mobilité complète.

Avant la radiographie — l'*ankylose fibreuse serrée* se distingue de l'*ankylose osseuse*, par ce fait, qu'elle est douloureuse, dans certains mouvements forcés accidentels, et lorsqu'on cherche à la mobiliser, — alors que l'ankylose osseuse, fixe, est indolente.

J'ajouterai que dans ces troubles fonctionnels de l'épaule, il y a lieu de toujours faire une place à l'*atrophie du deltoïde*, qu'elle succède à une lésion isolée du circonflexe (contusion, érailement interstitiel, compression fibreuse); ou qu'elle relève, sans lésion nerveuse définie, de l'arthrite ou de la péri-arthrite. Ce sera à l'exploration électrique (réaction de dégénérescence) qu'il faudra demander — sans attendre — les éléments du pronostic et les indications thérapeutiques.

Rappelons encore une lésion nerveuse beaucoup plus rare, qui peut s'observer aussi à la suite des traumatismes, dans les tumeurs de

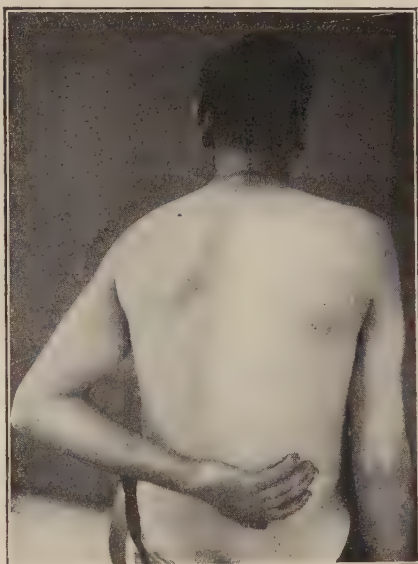


FIG. 538. — Péri-arthrite scapulo-humérale.
Rétropulsion de la main. Saillie de l'angle
déclive et du bord interne de l'omoplate.

l'aisselle, — ou procéder d'une infection générale (grippe, etc.) : la **paralysie du grand dentelé**. La fig. 539 en est un exemple; remarquez la saillie du bord spinal de l'omoplate (*scapulum alatum*), que le muscle impotent n'applique plus au tronc; lorsqu'on faisait relever les deux bras, la saillie s'accusait plus encore, et le bord scapulaire interne

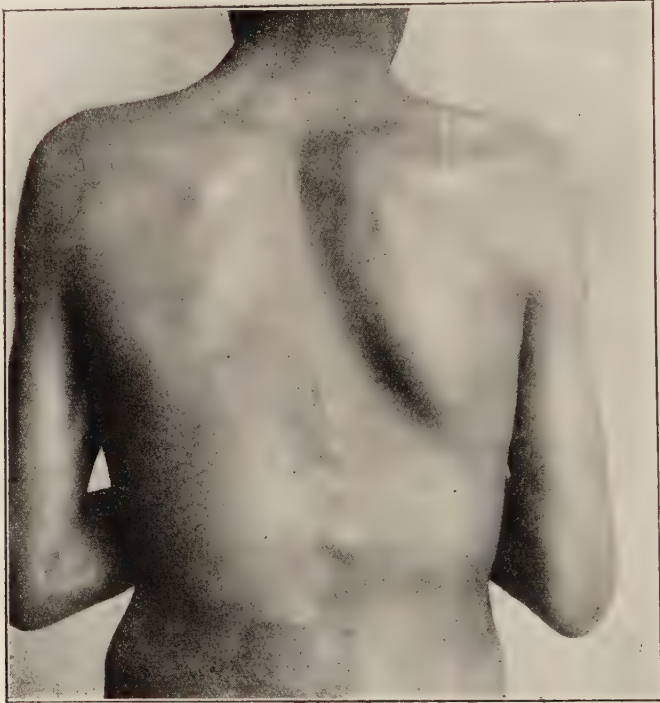


FIG. 539. — Paralysie du grand dentelé (*scapulum alatum*.)

glissait jusqu'à la ligne épineuse, l'épaule droite remontant, d'ailleurs, moins haut que l'épaule gauche¹.

ARTHRITES DE L'ÉPAULE

Bras collé au corps; contracture de résistance et douleur aiguë aux moindres tentatives d'abduction; douleur et tuméfaction profonde, en avant, sous le bec acromial, sur le devant de la tête, entre le bec acromial et la coracoïde (gouttière bicipitale); en arrière, sous l'angle postérieur de l'acromion; dans l'aisselle (si l'on peut y pénétrer),

1. Voy. une étude complète de cette paralysie du grand dentelé par MM. Guillaïn et Libert, in *Annales de médecine*, mai 1920, p. 383.

en haut et en dedans ; — fièvre, signes d'infection le plus souvent alarmante : c'est ainsi que se présente, d'ordinaire, l'**arthrite aiguë**, *blennorragique, grippale, typhique*, etc.

Elle est, en somme, rare ; mais les exemples que j'ai observés m'ont laissé une impression de gravité particulière, et cela surtout, parce qu'on voit mal et tardivement où il faut inciser, et que l'arthrotomie précoce rencontre, ici, des difficultés particulières. C'est en avant ou en arrière qu'on pourra débrider l'articulation suppurée : c'est là qu'il faut chercher la douleur, l'œdème profond, une vague fluctuation quelquefois — et se contenter de ces indices larvés, pour intervenir, si la température et les accidents généraux sont confirmatifs.



FIG. 540. — *Scapulalgie gauche : glissement presque immédiat de l'omoplate en dehors, dans l'abduction. — A noter aussi, l'atrophie musculaire de l'épaule gauche.*

L'arthrite rhumatismale est rarement isolée, et ne s'accuse pas par la même douleur *locale*, aiguë, en avant, en arrière.

Nous parlerons tout à l'heure (voy. p. 483) de l'*arthrite ostéomyélitique*.

Arrivons aux **ARTHRITES CHRONIQUES**, et, sans insister sur l'arthrite rhumatismale chronique (on fera bien de ne pas oublier le rhumatisme tuberculeux, de Poncet, discutable, tant qu'on voudra, mais qui n'en a pas moins ses expressions cliniques), sur l'arthrite déformante à corps étrangers (fort rare, en somme, et dont nous retrouverons la forme typique dans d'autres articulations, surtout au *Genou*), nous nous arrêterons à l'exploration de la tumeur blanche de l'épaule, de la **SCAPULALGIE**.

Au premier stade, infiltration fongueuse péri-articulaire et abcès manquent encore ; la *douleur articulaire* locale, et que l'on manifeste

à la pression dans le pli pectoro-deltoïdien, sous le bec, sous le bord externe, sous l'angle postérieur de l'acromion, au sommet de l'aisselle — *l'impotence hâtive de la jointure*, que l'on reconnaît surtout à l'examen « du dos », par l'abduction simultanée des deux bras (fig. 540), mais qui porte sur tous les mouvements de l'épaule — *l'évolution lente, progressive*, sans cause initiale appréciable, chez un sujet jeune, d'ordinaire : telles sont les données cliniques, susceptibles de « faire penser » à l'arthrite tuberculeuse. — Elles sont parfois, mais



FIG. 541. — Scapulalgie droite.

pas toujours, singulièrement corroborées par l'état général, les stigmates d'autres « tuberculeuses », l'état pulmonaire ; pas toujours, car vous verrez, comme je l'ai vu à plusieurs reprises, ces épaules *douloureuses, fixées*, chez des sujets (des adultes jeunes surtout) de belle apparence, et dont l'aspect « floride » semble éloigner d'emblée l'hypothèse d'un processus bacillaire. Gardez-lui pourtant une arrière-pensée, à cette hypothèse, s'il n'y a pas eu de traumatisme net, pas d'infection blennorragique ou autre, et que le « rhumatisme » mono-articulaire et sans crise aiguë antérieure reste seul à invoquer.

Elle se réalise plus souvent qu'on ne pense, et quelquefois, sans qu'on observe la forme fongueuse et suppurée, dont nous allons parler. Non ; l'articulation reste sèche (*caries sicca*) ; les muscles s'atrophient, non seulement le deltoïde, réduit à un mince rideau, mais les muscles rétro-scapulaires ; une dépression profonde se creuse en arrière de l'épaule, et la tête humérale paraît, de ce fait, subluxée en avant, tant elle proémine ; — le bras se colle au tronc et ne bouge plus ; — la moindre tentative pour l'écarter, pour le porter en avant ou en arrière, pour le faire tourner, réveille des douleurs intolérables, et les douleurs se reproduisent, spontanément, dans certaines attitudes, par certains temps, dans le décubitus, tant qu'on n'a pas immobilisé l'articulation. Cette **forme sèche de la Scapulalgie** n'est pas, du reste, particulière à l'adulte ; elle est curable, dans certains cas, après un temps de souffrance plus ou moins prolongé, et laisse une épaule

indolente, mais atrophiée et ankylosée.

Dans le processus habituel, à la suite des accidents initiaux, plus haut signalés, l'**ostéo-arthrite fongueuse** se confirme. L'épaule s'épaissit, s'arrondit (fig. 541); les reliefs osseux et musculaires s'effacent : c'est en avant que le relief s'accuse surtout, au début, mais l'infiltration fongueuse s'étend peu à peu à toute la face articulaire externe et à l'aisselle. Palpez donc le moignon, et — toujours — l'aisselle, et vous percevrez la consistance molasse, inégale, de l'enveloppement fongueux, plus ou moins

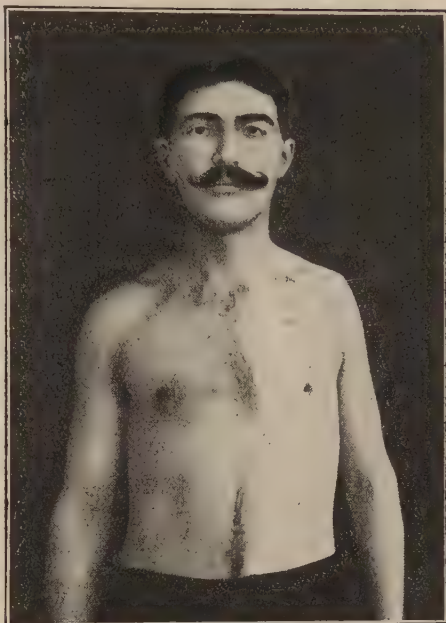


FIG. 542. — Scapulalgie gauche; vue antérieure: épaule aplatie et atrophiée.

épais; dans l'aisselle, vous sentirez encore, habituellement, des ganglions.

Vous pourrez trouver aussi des **abcès**, en avant, sur la tête humérale, dans le pli pectoro-deltoidien, sous le grand pectoral; dans l'aisselle, surtout à la paroi postérieure; en arrière de l'épaule, dans la fosse sus-épineuse.

Regardez la figure 542, il s'agit là d'une scapulalgie ancienne, chez un homme de trente-cinq ans : vue de face, l'épaule est aplatie, atrophiée; rien ne saille; c'est l'aspect d'une scapulalgie asséchée, guérie, et cet aspect, jusqu'aux derniers mois, était celui de toute la



FIG. 543. — Scapulalgie gauche; exploration : pression du bras dans l'axe; palper articulaire (on aperçoit le relief de l'abcès froid postérieur).

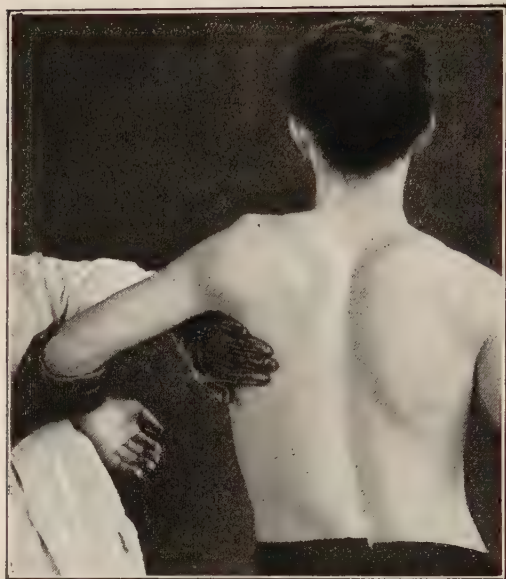


FIG. 544. — *Scapulalgie gauche; exploration de l'abduction.*

révèle la tuméfaction profonde et l'abcès;

Figure 544. Écartement du bras, pendant que, de l'autre main, on enraye le glissement de l'omoplate, pour apprécier la limitation de l'abduction « dans l'épaule »; on ne va pas loin, et dès que l'on cherche à relever le bras plus haut, on est arrêté par la douleur et par l'enraidissement articulaire.

Scapulalgie avec abcès postérieur — et abcès tardivement apparu. Ce n'est pas là une éventualité exceptionnelle, et l'on voit de

jointure, enraidie, indolente ou presque. Mais une « bosse » s'est développée en arrière, une bosse fluctuante, un abcès froid, qui émerge de la fosse sus-épineuse et recouvre l'omoplate.

L'épaule est examinée :

Figure 543. Pression dans l'axe, qui réveille la douleur articulaire; emprise au palper de l'articulation et de la tête humérale, qui provoque aussi de la sensibilité, et, en arrière,



FIG. 545. — *Abcès froid sous-acromio-coracoïdien.* (Le bras gauche est atrophié, mais remarquez la belle musculature du dos et de l'autre épaule.)

ces scapulalgies, à marche très lente, qui semblent guéries ou en voie de guérison presque achevée, et qui se traduisent, à une date plus ou moins lointaine, par le développement d'un foyer local de fongosité et par un abcès.

Tout naturellement, si l'arthrite fongueuse de l'épaule est méconnue et non traitée, les abcès que nous venons de signaler, pourront s'ouvrir et se fistuliser (fistules antérieures, axillaires, externes; quelquefois multiples).

Les abcès froids de l'épaule ne rentrent, du reste, pas tous dans le cadre de la Scapulalgie, et il y a là une question de diagnostic, qui mérite d'être étudiée.

Voyez les figures 543, 546, 547 : épaule gauche arrondie, proéminente en dehors et en arrière; bras, notablement atrophié, accolé au tronc (fig. 543); l'essai d'abduction volontaire forcée, le long d'une tige fixe, que la main enserre, aboutit tout au plus à l'angle aigu représenté figure 546; — par l'exploration, pratiquée comme figure 547, on reconnaît une volumineuse poche fluctuante, sous-acromio-coracoïdienne, dont

le flot se transmet librement d'avant en arrière et d'arrière en avant; on provoque un peu de douleur sourde, par la pression, au niveau du cul-de-sac antérieur et postérieur de la poche : il n'y en a pas sous le bord acromial, sur la tête humérale, dans l'aisselle; si l'abduction est limitée, l'adduction, et surtout la rotation s'exécutent librement, sans douleur.

On acquiert l'impression que l'articulation et la tête humérale sont indemnes, et la radiographie confirme cette impression. On constate effectivement, à l'intervention, un gros **abcès froid sous-acromio-deltôïdien**, inclus dans les bourses séreuses distendues, et dont la paroi ne présente aucun orifice, aucun trajet, qui conduise à l'articu-

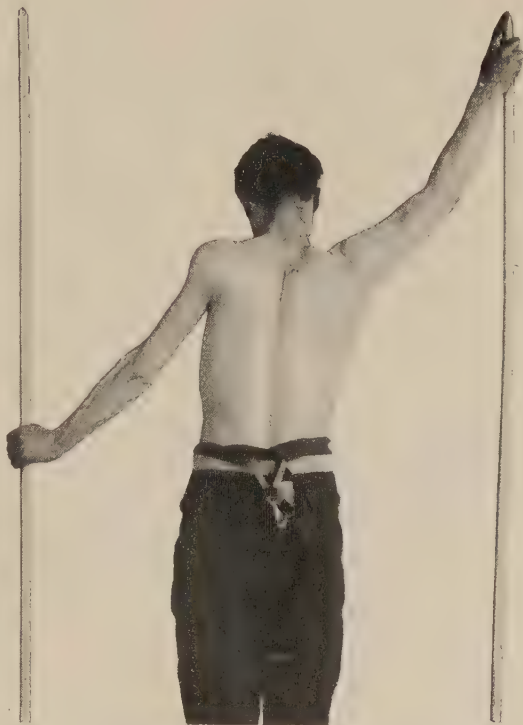


FIG. 546. — *Abcès froid sous-acromio-coracoïdien.*
Limitation de l'abduction.

lation ou aux extrémités osseuses. **Hygroma tuberculeux, suppuré, sous-acromio-deltoidien** : tel était bien le diagnostic, et, après guérison, l'intégrité articulaire se confirme, par la restauration rapide de tous les mouvements.

Vous verrez quelquefois — rarement — de *gros hygromas séreux*, de *gros hématomes des bourses sous-acromio-coracoïdiennes*, dont l'aspect est celui des figures précédentes. Je les signale ici, à ce titre.



FIG. 547. — Absès froid sous-acromio-coracoïdien. Exploration de la tête humérale et de l'articulation.

Mais, s'il s'agit d'un abcès froid, gardez-vous d'admettre toujours l'hygroma : ces collections procéderont parfois de l'articulation ou de la *tête humérale*, et un étroit canal, à rechercher sur leur paroi interne, témoignera de cette origine ; ailleurs elles peuvent avoir pour point de départ une tuberculose localisée de l'*acromion*, ou de l'*apophyse coracoïde*.

J'en dirai autant des collections **sous-scapulaires** : hygromas, hématomes, abcès froids. Lorsqu'elles sont volumineuses, elles soulèvent le bord interne de l'omoplate,

et se dessinent en voussure le long de ce bord et sous l'angle déclive ; mais il faut savoir les rechercher, par la manœuvre représentée figure 548, les doigts infléchis d'une main cherchant à pénétrer sous le bord axillaire interne, pendant que, de l'autre main, le bras est porté, alternativement, en arrière et en avant.

Eh bien ! ces *abcès froids sous-scapulaires*, peuvent émaner, eux aussi, d'un abcès articulaire (scapulagie), déclive et diffusé ; mais vous les verrez également dans la *tuberculose de l'omoplate*, et, souvent, ils seront d'origine *costale*.

Ici, enfin, comme au niveau de toutes les articulations, l'ostéomyélite

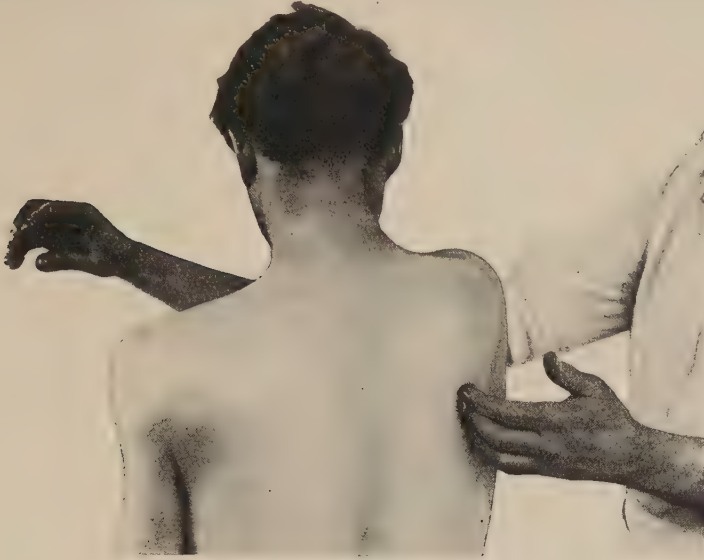


FIG. 548. — Exploration de l'espace sous-scapulaire.

prend parfois figure de tuberculose, et le diagnostic ne laisse pas que de présenter, assez souvent, de réelles difficultés, et d'exiger une exploration minutieuse et raisonnée.

Il en peut être ainsi dans la forme *aiguë*; pourtant, si l'on observe parfois des scapulalgies aiguës, on n'y relève pas la brusquerie du début, la gravité des accidents fébriles et généraux, l'intensité des douleurs, et, en particulier, la « douleur épiphysaire », au col huméral, qui caractérisent l'ostéomyélite — affection de jeunes, de 10 à 20 ans.

La confusion est, dans certains cas, moins aisée à éviter, lors d'ostéomyélite *chronique, fistuleuse*. Regardez l'épaule gauche représentée fig. 549 : elle est arrondie, avec effacement des reliefs osseux, une fistule l'occupe en avant; il y en a une autre (qu'on ne voit pas, ici), dans l'aisselle: le bras s'écarte difficilement du tronc; l'homme a maigri. Et les similitudes sont plus déroutantes

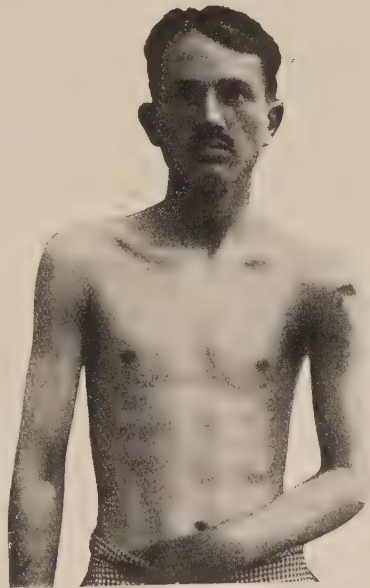


FIG. 549. — Ostéomyélite chronique, fistuleuse, de l'épaule gauche.

encore, quelquefois, par la multiplicité des fistules, par l'atrophie marquée du bras, par l'adduction très serrée et la fixité de l'épaule.

L'examen radiographique est de toute importance, en pareil cas; toutefois, au premier examen, notez que la tuméfaction occupe exclusivement le moignon de l'épaule, qu'elle proémine en dehors; que la paroi antérieure et le sillon pectoro-deltoidien sont libres, affaissés, excavés même; que, derrière l'épaule, sous l'angle postérieur de l'acromion, il y a « un creux »; que, dans l'aisselle, même fistuleuse,



FIG. 550. — Sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus.

on ne trouve pas de masse, de coussinet, qui la remplit; que toute la saillie est *dure, osseuse*, et figurée par l'extrémité supérieure de l'humérus. Explorez les fistules, et vous tombez sur de l'os dénudé, compact, sonore parfois, qui donne au stylet l'impression particulière de la nécrose. Si vous ajoutez à ces données d'examen local le fait d'une crise aiguë initiale, fébrile, grave, et qui remonte loin, à l'adolescence, le diagnostic est fait.

TUMEURS DE L'ÉPAULE

L'ostéomyélite chronique, prolongée ou d'emblée, sans fistules; certaines formes de scapulalgie, sans

abcès, peuvent donner à première vue, toutes les apparences du **sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus** (fig. 550).

Ici, la tumeur est nettement partie intégrante de l'os et se déplace avec lui; si elle saille en avant, en arrière, dans l'aisselle, les contours n'en restent pas moins toujours nets, plus ou moins arrondis, limités; — la consistance en est ferme, uniforme, osseuse par places, quelquefois. Il arrive que la masse soit surtout développée à la face externe de la tête et du col, et que vous arriviez directement sur l'os, en dedans, par l'aisselle : *sarcome périostique*; — ailleurs, elle occupe l'extrémité osseuse tout entière, en émerge sur toute la périphérie, et se continue en fuseau avec la diaphyse : *sarcome central*.

Il faut explorer avec grand soin les limites inférieures de la tumeur, les limites internes, du côté de l'aisselle; chercher les gan-

glions axillaires, sus-claviculaires, qui ne sont pas constants, mais qui, lorsqu'on les trouve (gros ganglions, fermes, en nombre variable, un seul parfois), fournissent leur appoint au difficile problème du pronostic et des indications opératoires; et toujours, examiner le poumon et les ganglions médiastinaux (radioscopie du thorax).

La question qui se pose, en effet, si ces divers examens permettent de conclure à l'opérabilité, c'est celle de la désarticulation ou de la résection : chez le jeune homme représenté figure 550, en présence d'un sarcome circonscrit, dur, sans adénopathies ni lésions viscérales quelconques, je pratiquai l'ablation de l'extrémité supérieure de l'humérus, la résection : je l'ai suivi pendant vingt ans; il était resté indemne de toute récurrence, locale ou à distance. L'examen histologique avait démontré le sarcome, à myéloplaxes.

Je rappelle, à ce propos, qu'il convient toujours de faire le « Bordet-Wassermann », dans ces tumeurs de l'épaule.

Mais vous verrez des sarcomes huméraux, d'un volume considérable, qui transforment en « gigot » le haut du bras, qui se prolongent en avant jusqu'à la clavicule, en arrière, dans l'aisselle (fig. 551). Ce qui importe alors, sous réserve que l'état général et l'état pulmonaire ne contre-indiquent pas d'emblée l'exérèse totale, c'est de chercher s'il reste assez de parties molles, qu'on puisse conserver, pour « recouvrir », après désarticulation, ou si l'amputation inter-scapulo-thoracique est seule exécutable.



FIG. 551. — Sarcome en gigot de l'extrémité supérieure de l'humérus, à prolongements multiples.

Cette indication de « l'inter-scapulo-thoracique », est à discuter, plus souvent encore, dans certains **sarcomes de l'omoplate**, qui débordent en avant et en dehors le plan scapulaire, et s'étendent au moignon de l'épaule. Notez bien, du reste, que cette expansion de la tumeur osseuse primitive se produit dans les parties molles, qu'elle engaine plus ou moins l'extrémité supérieure de l'humérus, mais qu'il ne s'agit pas, en règle, d'une propagation néoplasique de l'omoplate à l'humérus — pas plus que, dans les énormes sarcomes huméraux

à développement postérieur, l'omoplate ne devient elle-même sarcomateuse.

Mais, à côté de ces tumeurs « débordantes », il y a lieu d'inscrire les sarcomes cantonnés à l'omoplate, et qui, pour saillants qu'ils puissent être en arrière, ou même en avant, n'en dépassent pas les bords, et peuvent se prêter à l'ablation isolée du scapulum (fig. 552). Ce qu'il faut s'attacher à préciser avant tout, en pareil cas, c'est cette



FIG. 552. — Sarcome de l'omoplate. Ablation.

limitation scapulaire, et, en même temps, la mobilité de l'omoplate : les modes d'exploration, plus haut figurés (voy. fig. 534 et 548), seront dans ce but, particulièrement utiles.

D'autre part, il sera sage, en présence d'une de ces tumeurs, de ne pas conclure d'emblée au sarcome, sans réserver une arrière-pensée, que l'analyse clinique minutieuse permettra de « mettre au point », à l'*enchondrome* (d'évolution très lente, d'ordinaire; de consistance assez souvent molle, ou ramollie par places); à la *périostose syphilitique*, qui se montre, elle, d'une dureté particulière.

Et ces réserves s'imposeront encore plus lors des **tumeurs localisées**, de médiocre volume, qui peuvent faire relief au niveau des *bords*, des

angles, ou de l'épine, mais qui occupent, ailleurs, les fosses sous-épineuse ou sus-épineuse, en s'accusant par une proéminence variable, à l'inspection oblique du dos, et qu'il faut rechercher au palper d'arrière en avant, le sujet couché sur le ventre; — d'autres encore se développent à la face profonde du scapulum, en relèvent parfois le bord interne et l'angle déclive, et ne se laissent plus ou moins dépister que par les procédés rappelés tout à l'heure, et à l'examen de l'aisselle.

Eh! bien, lors de ces tumeurs, il y aura lieu de penser au *sarcome* et à l'*enchondrome* — à la *gomme* et à la *périostose syphilitique* — à la *tuberculose* avec masse fongueuse non encore abcédée — ajoutons encore, à l'*ostéome traumatique*, procédant d'une ancienne fracture méconnue.



FIG. 553. — *Sarcome du deltoïde.*

Enfin vous n'oublierez pas les **sarcomes des parties molles**, en par-

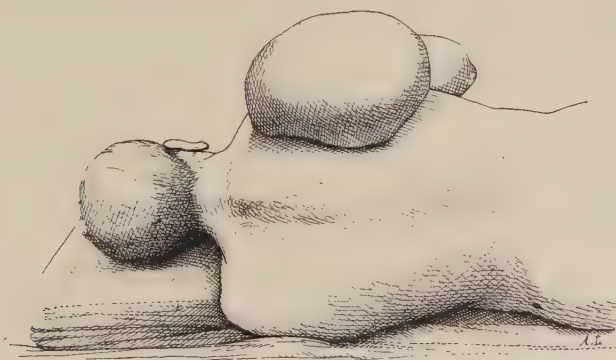


FIG. 554. — *Gros lipome rétro-scapulaire.*

ticulier les *sarcomes musculaires*, qui siègent au moignon de l'épaule. — La tumeur représentée figure 553 peut servir de type : c'était un sarcome du deltoïde, gros comme le poing, qui glissait librement sur le plan osseux sous-jacent, dans l'attitude du bras au repos, qui s'immobilisait dans l'abduction, lors de contraction du deltoïde. Je

l'extirpai une première fois, puis, derechef, six mois plus tard, après une récurrence, qui reproduisait intégralement le relief et le volume de la tumeur primitive. Il récidiva de nouveau, sous l'aspect d'une plaque épaisse, diffuse, du moignon; la métastase pulmonaire s'accusa par de petites hémoptysies répétées, et finalement, la malade succomba.

J'aurai l'occasion de revenir maintes fois sur la gravité des sar-

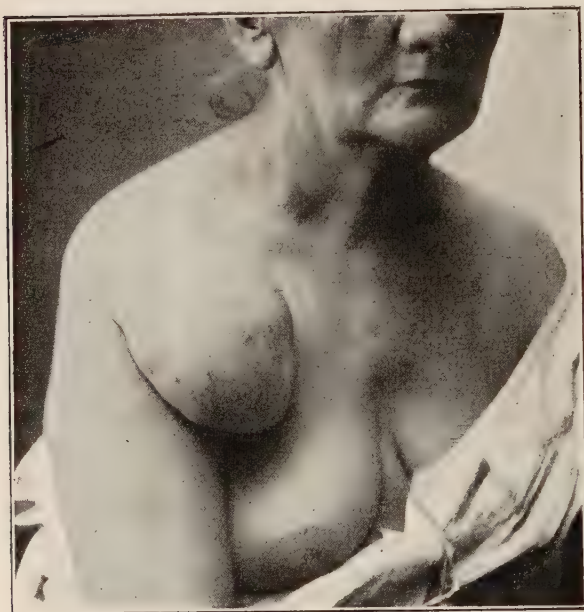


FIG. 555. — Gros lipome, appendu au-devant de l'épaule.

comes musculaires, quelles que soient leurs apparences de limitation et d'encapsulation. Aussi l'« énucléation », si simple qu'elle puisse paraître dans de nombreux cas, ne doit-elle pas être tenue pour satisfaisante : c'est le muscle qu'il faut exciser tout entier, avec la tumeur incluse, comme Lecène y a très justement insisté.

Et cela nous amène à signaler les autres **tumeurs des parties molles** de

l'épaule : *lipomes*, de tout volume, de tout siège, de toute forme (fig. 554 et 555); *hygromas chroniques*, développés dans certaines bourses séreuses anormales, « de métier », etc.

AISSELLE

Nous avons eu à insister maintes fois sur le **PALPER AXILLAIRE**, dans l'exploration de l'épaule, et nous l'avons, ailleurs, décrit et figuré dans la recherche des adénopathies (voy. fig. 153, p. 141).

Regardez la figure 556 prise sur un athlète bien connu, le bras en abduction : vous avez sous les yeux la cavité, et les quatre parois, marquées par des reliefs musculaires, saillants, et il n'est que faire d'un long « rappel » anatomique, pour que vous vous orientiez. Les

ganglions sont en dedans, sur la paroi costale, en arrière de ce bord déclive du grand pectoral, qui se dessine par une ligne si nette; les vaisseaux, et les nerfs satellites, sont en dehors, au contact et en arrière du coraco-bicipital; tout en haut, chaîne ganglionnaire, vaisseaux et nerfs se prolongent sous le grand pectoral, vers la clavicule.

Quel est donc le **trajet de l'artère axillaire**, sous cette paroi antérieure? Placez le pouce droit au bord inférieur de la clavicule, à un

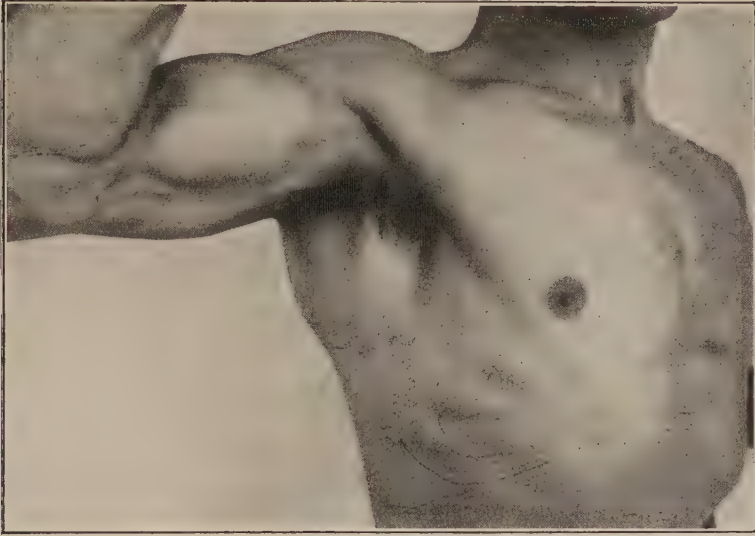


FIG. 556. — La cavité axillaire (morphologie).

doigt en dedans de l'extrémité supérieure du sillon pectoro-deltôïdien : c'est là que vous sentirez, en appuyant, les battements de l'artère; repérez le vaisseau, de l'autre pouce, sur le col huméral, au-dessous du tendon du grand pectoral : vous avez, de la sorte, les deux extrémités, et la direction, de l'axillaire (fig. 557), et vous reconnaîtrez qu'elle est notablement en dedans du pli pectoro-deltôïdien, et recouverte, sur toute sa longueur, par le grand pectoral. Nous retrouverons ces données tout à l'heure, à propos des « tumeurs vasculaires » de l'aisselle.

Avant cela, je tiens à signaler, sur la peau de l'aisselle, les petits « abcès tubéreux » de l'*hydrosadénite sudoripare*, qui se multiplient souvent, et « n'en finissent pas » de guérir.

Je rappelle seulement l'adéno-phlegmon (voy. *Chirurgie d'urgence*, p. 1077), et les diverses formes d'adénopathies.

Quant aux **tumeurs** proprement dites de l'aisselle, nées dans

l'aisselle et se développant dans l'aisselle, il y a lieu de noter : les **lipomes**, lipomes fermes et encapsulés, lipomes mous et diffus : — certaines tumeurs liquides, rares (on a parlé ailleurs des abcès froids, d'origine ganglionnaire, costale, scapulaire, articulaire), **kystes congénitaux, angiomes, lymphangiomes**. J'ai eu l'occasion d'extirper autrefois, avec Launois, un lymphangiome, gros comme un œuf de dinde, de l'aisselle gauche : tumeur dépressible, mollasse, fluctuante par

places, indolente, et qui, évacuée au cours de la libération, ne laissa plus à extirper qu'une poche flasque et mince.



FIG. 557. — Le trajet de l'artère axillaire.

Enfin, ici comme au cou, au pli du coude, à l'aîne, au creux poplité, vous pourrez trouver des **tumeurs « qui battent »** : lipomes encapsulés, blocs ganglionnaires, accolés à l'artère, etc., et qui sont le siège d'un soulèvement rythmique, « sans expansion » ; — **anévrismes axillaires**.

Ces anévrismes sont, du reste, *inclus dans l'aisselle*, bien

accessibles au palper, ou plus haut situés, *sous-pectoraux*.

On pourrait dire qu'il en est de même des **anévrismes diffus**. — Assez souvent, sans doute, lorsque la grosse artère est largement intéressée et que le sang s'épanche « à flots », l'aisselle se remplit et se distend très vite, et la distension se prolonge sous le grand pectoral, au-devant du thorax, en débordant même la clavicule : j'ai vu de ces tumeurs anévrismatiques monstrueuses à la suite de plaies de guerre, et j'ai lié la sous-clavière avec les plus grandes difficultés, en rabattant et déprimant la voussure sus-claviculaire de la poche ; j'en ai relevé un autre cas, dans une large déchirure de l'axillaire, consécutive à une fracture comminutive de l'extrémité humérale supérieure.

Il arrive que ces énormes poches soient tellement tendues, qu'on

y répère malaisément les battements et l'expansion, et l'on en vient parfois à supposer que la veine seule est intéressée, et que l'on se trouve en présence d'un épanchement de sang veineux. On n'oubliera pas que les ruptures des grosses veines donnent lieu à de volumineux hématomes, mais qui n'acquièrent pas, aussi vite, de pareilles dimensions et une pareille tension; de plus, l'exploration soigneuse, avec la main largement appliquée, finira toujours par révéler la « trémulation pulsatile », surtout si l'on réussit à bien comprimer la sous-clavière, et que, la main restant appliquée sur la tumeur, on compare les impressions qu'elle donne, lorsque la sous-clavière est comprimée, et qu'on relève les doigts.

Mais, à côté de cette forme de diffusion extrême et particulièrement hâtive, qui suppose une déhiscence large de la grosse artère, il y a, lors de perforations ou de déchirure étroite, des « anévrysmes diffus », des **hématomes artériels**, si l'on préfère ce mot, d'extension moins rapide, « qui ont le temps » de se circonscrire par des coagulations périphériques, et qui se traduisent par des tumeurs moins volumineuses et relativement localisées. Nous en avons vu de nombreux cas, à la suite des plaies de guerre; mais elles s'observent également dans la pratique civile, lors de déchirures vasculaires, par contusion directe, ou consécutives à certaines luxations et fractures.

Elles siègent soit dans l'aisselle, soit *au-dessous du grand pectoral*, à la paroi thoracique antérieure. Nous avons observé, il y a quelques années, à la suite d'un coup de pied de cheval, une collection sanguine de ce genre, qui soulevait tout le grand pectoral en un relief très saillant, et qui, animée de battements très nets à sa partie centrale, était enveloppée par une sorte de gangue très épaisse et ferme, et se prolongeait à peine dans la cavité axillaire. Le centre, pulsatile, devenant de plus en plus proéminent, je pratiquai la ligature de la sous-clavière : la guérison fut très lente, mais l'énorme masse ne finit pas moins par se résorber.

LE BRAS

TRAUMATISME DU BRAS, sans plaie : chocs divers, chute sur la main ou le coude. Y a-t-il **fracture diaphysaire**? (Voy. *Épaule et Coude*, pour les fractures des extrémités humérales.)

La réponse affirmative s'impose à première vue, au premier examen, dans certaines conditions (déviation locale et coudure du membre, fractures comminutives, etc.) : je ne parle que des cas où « il faut chercher ».

Ne négligez pas l'attitude spontanée que prend le blessé : avant-bras soutenu par la main opposée; tête inclinée, épaule abaissée du

côté traumatisé; et **regardez**, cette fois encore, **avant de toucher** : une large ecchymose, descendante — et précoce — de la face interne du bras est souvent indicatrice.

La figure 533 (p. 473) montre le procédé typique d'exploration : *pression dans l'axe* (douleur locale); — palpez encore, de haut en bas, la face interne du bras, comme fig. 532; — enfin, de la main qui tient le coude, cherchez à « infléchir » en avant, en arrière, sur les côtés — et à « tourner » (voy. plus loin : *Coude*); par ces essais de mouvements,



FIG. 558. — *Main tombante : paralysie radiale.*

prudents, sur place, vous obtiendrez souvent la mobilité anormale et quelque crépitation.

Il est bon de sentir un peu de crépitation dans les fractures diaphysaires du bras; si rien ne frotte ni ne crépite, et que, simultanément, la mobilité soit très accusée, songez à l'*interposition musculaire* : le bras en est le siège d'élection.

Dans toute fracture, dans tout traumatisme du bras, faites tout de suite — instinctivement — **relever la main**. Le radial est, en effet, particulièrement « exposé », dans ces traumatismes diaphysaires et vous pourrez voir, d'emblée, la *main tombante*. Ailleurs, la main ne « tombera » que peu à peu, à mesure que le cal (un gros cal, d'ordinaire) se développera (fig. 558). Il convient d'être instruit de ces divers modes d'évolution de la paralysie radiale par fracture — de chercher et de surveiller.

✓ Rappelons, à cette occasion, les *plaies du bras* (civiles) par balle de revolver, par coup de couteau, *qui intéressent le nerf radial*; je suis encore intervenu, tout récemment, pour une plaie de couteau, de deux centimètres, siégeant au tiers inférieur du bras droit, immédiatement derrière le bord externe : la main était tombante, la paralysie radiale complète; le nerf était sectionné un peu avant d'émerger de la gouttière de torsion; il fut réuni.

Un autre point de pratique à noter encore : se méfier des fractures.



FIG. 55g. — Rupture du biceps : épreuve de la flexion entravée. Vous vous opposez à la flexion de l'avant-bras; le relief bicipital grossit : c'est une rupture. — Lors de hernie, il s'affaîsserait.

qui se sont produites trop facilement, avec un minimum — anormal — de traumatisme. Je rapporterai tout à l'heure des exemples de ces fractures « spontanées ».

Il n'y a pas de fracture. — Mais vous relèverez parfois des hématomes, plus ou moins étendus, sous-cutanés ou profonds, et, en particulier, des hématomes musculaires, qui forment tumeur dans l'épaisseur du muscle (biceps, triceps, etc.), qui peuvent suppurer plus ou moins tardivement, à la suite d'une inoculation tégumentaire banale ou d'une infection générale, ou s'enkyster, s'indurer, pour devenir, ultérieurement, l'occasion d'erreurs et de surprises. (Voy. plus bas : *Tumeurs*).

Dans le cadre traumatique s'inscrivent encore les **ruptures** et les **hernies musculaires**, du *biceps* presque toujours — bien que le méca-

nisme du choc direct intervienne exceptionnellement dans leur pathogénie, et qu'elles succèdent d'ordinaire à une contraction brusque et anormale.

Rupture ou hernie? Le diagnostic a fait l'objet de savantes analyses. Regardez la figure 559 : c'est l'épreuve de la flexion entravée; elle suffit à trancher définitivement la question; faites fléchir l'avant-bras, pendant que votre main, empaumant le poignet, s'oppose à la flexion : si la « bosse » bicipitale persiste et grossit, c'est une rupture, si elle s'affaisse et se réduit, c'est une hernie.

Dans la flexion libre, hernie et rupture font relief; le relief de la hernie est en voussure transversale, régulière; celui de la rupture est plus saillant, plus abrupt; un méplat transversal, une encoche se dessinent au-dessous de lui, et, plus bas, quelquefois une autre saillie, moins proéminente. — Il peut arriver, enfin, qu'on ait affaire à un arrachement tendineux de la courte portion du biceps : grosse « tumeur musculaire » interne, plus ou moins bas rétractée; au-dessus, longue dépression verticale.

Quelles que soient les données de cet examen direct, l'épreuve de la flexion entravée est, elle, toujours démonstrative.

Vous verrez, au bras, des **TUMEURS DES PARTIES MOLLES**. A quoi penser?

Siègent-elles le long du **sillon bicipital interne** et à la face interne du bras, on devra penser tout d'abord *aux vaisseaux*, au *médian* et au *cubital*.

Anévrysmes de l'humérale, artériels ou artério-veineux : ils se reconnaissent d'emblée, s'ils sont d'un certain volume; mais j'ai opéré de petits anévrysmes huméraux, gros comme le bout de l'index ou du pouce, qui s'étaient développés insidieusement, à la suite d'un coup de couteau, « sans importance », guéri vite et simplement, et dont témoignait une petite cicatrice cutanée : on se serait aisément mé-

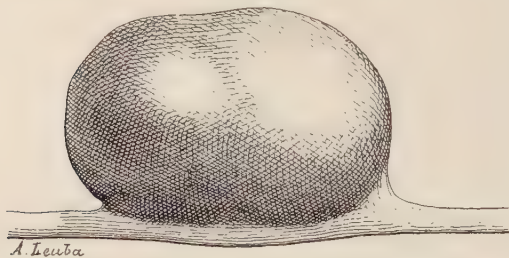


FIG. 560. — Fibrome périphérique du nerf médian, au bras.

pris sur ces petites tumeurs, à un examen trop rapide, si leur siège et la cicatrice n'avaient tout de suite attiré l'attention.

La figure 560 représente un *fibrome périphérique du médian*, qui se dessinait en un relief arrondi et dur, sur le bord interne du biceps : fibrome, oui; par la forme, par la consistance (il y a des lipomes

encapsulés « très fermes »; ils ne sont pas aussi durs); mais l'origine de ce fibrome eût passé aisément inaperçue, si l'on n'eût pas accordé



FIG. 561. — Exploration du bras, « biceps flasque ». L'avant-bras est fléchi passivement, la main en pronation.

une suffisante attention aux quelques crampes périphériques, douloureuses, signalées par le sujet, et reconnu que la pression, exercée dans un certain sens, réveillait brusquement ces douleurs irradiées.

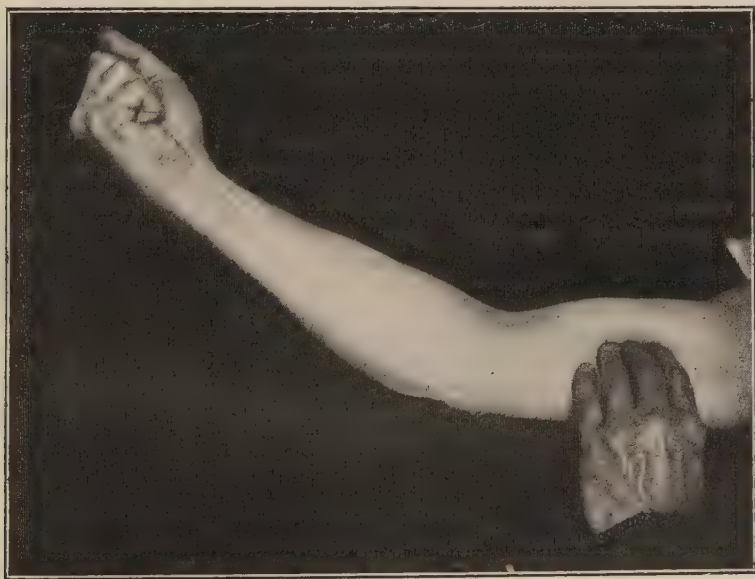


FIG. 562. — Exploration du bras, « biceps contracté ». L'avant-bras est en flexion active, la main en supination.

Quel qu'en soit, du reste, le siège, il convient d'assigner ce triple objet à l'examen d'une tumeur, au bras : est-elle totalement **indépen-**

dante de l'os? Est-elle incluse dans un muscle? Est-elle aponévrotique?

C'est le palper, bien conduit, qui permet de résoudre ces diverses



FIG. 563. — *Exploration du bras, « triceps inerte »*. Le coude est soulevé et maintenu; la main repose passivement sur l'épaule opposée; le triceps, détendu, se laisse mobiliser et relever.

questions. Palpez en avant, biceps flasque (fig. 564), biceps contracté (fig. 562), palpez en arrière, triceps inerte (fig. 563), triceps en action, en vous rappelant les attitudes — fort simples — qu'il convient de faire prendre au membre, pour réaliser telle ou telle de ces condi-

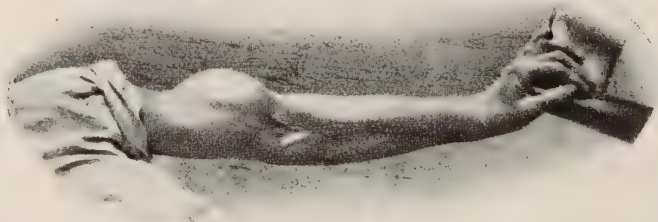


FIG. 564. — *Fibrome aponévrotique du bras.*

tions. Nous aurons l'occasion de revenir maintes fois, en toute région des membres, sur ces *attitudes de palpation*.

Par cette méthode, au bras, vous relèverez que certaines tumeurs, très saillantes, « tout en dehors », fermes, compactes, « tiennent »

bien par en dessous, mais se laissent déplacer, mobiliser, au moins transversalement, même dans « l'attitude de contraction »; elles ne « tiennent » qu'à l'aponévrose, à l'enveloppe fibreuse du bras; ce sont, le plus souvent, des **fibromes aponévrotiques** (fig. 564); vous en verrez de très gros; nous les retrouverons à la cuisse (voy. plus loin, *Cuisse*).

Ailleurs, la tumeur se laissait mobiliser « à volonté » dans le relâchement : *elle se fixe, dès que la contraction se produit*, et vous la sentez, qui a pris corps avec un muscle, avec le biceps, par exemple, et qui s'immobilise avec lui. Voyez figure 565, le relief saillant à la face interne du bras; il semblait isolé et indépendant, sur le bras inerte; en contraction, il se fixait avec le triceps. C'était un gros noyau de *tuberculose musculaire*.

Que représentent, en effet, ces **tumeurs intra-musculaires**, et quelles hypothèses de diagnostic sont à discuter? — La *tuberculose*; oui, elle est loin d'être rare, et, si la tumeur est d'un certain volume, on la trouve d'ordinaire ramollie au centre, fluctuante, abcédée; — le *sarcome*, ferme, presque dur, assez mal limité, en général, et qui, lui aussi, n'est pas très rare — la *gomme* : la réaction spécifique est toujours nécessaire, avant de conclure; — l'*hématome ancien*, très ancien parfois, consécutif à un traumatisme oublié, une rupture interstitielle; — l'*angiome musculaire*, mou et réductible en relâchement, tendu en contraction, exceptionnel; — enfin, le *kyste hydatique*.



FIG. 565. — Gros noyau de tuberculose musculaire du triceps.

Quant aux **TUMEURS QUI PROCÈDENT DE L'OS**, de la diaphyse humérale, vous aurez à penser : aux **gros cals** huméraux et aux volumineux **ostéomes traumatiques**, reconnaissables tout naturellement à leur dureté particulière — aux **ostéites chroniques** avec abcès, et à l'ostéite tuberculeuse, en particulier — à l'**ostéo-sarcome**.

Il y a des **ostéites traumatiques**, qui s'accusent à la fois par un abcès plus ou moins proéminent, par une intumescence, irrégulière de surface, parfois considérable, de l'os — et par des cicatrices : plaies de guerre; fractures compliquées anciennes. Le diagnostic s'impose, et demande seulement à être précisé par l'examen local et par la radiographie.

L'ostéite tuberculeuse revêt souvent un aspect moins caractérisé. Voyez la figure 566 : gros relief, de contours indécis, saillant à la face postérieure, et qui ne s'immobilise ni ne s'affaisse par la contraction du triceps; — fluctuation — sensibilité presque nulle — accroissement progressif, lent, sans la moindre poussée aiguë. C'est un abcès froid; oui, mais regardez la figure 567, le bras s'élève, en toute aisance, dans l'abduction maxima; l'épaule est complètement libre.



FIG. 566. — Gros abcès froid de la face postérieure du bras. (Ostéite tuberculeuse, diaphysaire, discrète.)

C'est à la diaphyse que la lésion osseuse originelle est cantonnée; en l'explorant au doigt, cette diaphyse, de bas en haut, sur ses bords, seuls accessibles, on reconnaît, en dehors, à la pression profonde, une petite zone douloureuse; la radiographie confirme l'hypothèse d'une ostéite chronique, de médiocre étendue, et superficielle; l'intervention la démontre : abcès froid; étroite surface osseuse dénudée, érodée, friable.

Bien entendu, vous verrez des lésions osseuses autrement développées en surface et en profondeur, et dont le diagnostic devient fort simple; mais il est bon de se souvenir de ces *ostéites circonscrites, discrètes, avec gros abcès* — qui peuvent être, également, d'origine typhique.

Pour le **sarcome diaphysaire**, je ne ferai aussi que rappeler la forme typique : masse ferme, fusiforme, faisant corps avec l'os; ou encore masse bosselée, de même consistance, proéminente de tel ou tel côté. Les douleurs, locales, irradiées en haut et en bas, continues, s'exacerbant par crises, ne manquent presque jamais. Et il convient de « se méfier » des douleurs osseuses *persistantes*, nettes, localisées, « sans qu'on trouve rien au palper », et surtout s'il n'y a pas de syphilis, s'il n'y a pas eu d'ostéomyélite antérieure ou d'infection générale, susceptible de faire penser à l'évolution d'un « abcès douloureux des os ».

Mais le sarcome peut **affecter encore** un début clinique plus étrange, et je citerai le cas suivant, un des plus frappants que j'aie vus. C'était pendant la guerre; un jeune soldat, très vigoureux et

solidement musclé, est évacué sur l'Hôpital Villemin, pour une fracture diaphysaire du bras droit, fracture transversale, toute simple, qui s'est produite dans une chute par glissement sur le bord d'une tranchée; il y a un assez gros épanchement sanguin. Appareil.

Au bout d'une quinzaine de jours, on constate que la tuméfaction locale, loin de se réduire, grossit; elle grossit très vite dans les semaines qui suivent; ce n'est pas un anévrisme diffus : elle ne bat pas, elle est compacte, de consistance uniforme, sans la moindre poche liquide. L'hypothèse du sarcome, qui m'avait hanté de bonne heure, et à laquelle je n'avais pas voulu croire, d'abord, se confirmait; ce sarcome se développa, et localement et à distance (poumon), avec cette rapidité extrême, que l'on relève souvent chez les jeunes; je pratiquai la désarticulation de l'épaule, mais l'issue fatale ne tarda pas.



Vous verrez, au bras comme ailleurs, des « tumeurs » sarcomateuses de grosses tumeurs parfois, compliquées de fracture; le fait n'est pas rare; mais, dans l'exemple qui vient d'être rapporté, et dans les cas analogues, l'histoire clinique est tout autre. — C'est la fracture qui est la première en date, et qui survient avant que la tumeur se soit développée de façon « appréciable » en dehors de l'os; fracture banale, semble-t-il, mais qui devra éveiller les soupçons, si elle s'est produite sous l'action d'un traumatisme insignifiant, ou, soi-disant, par contraction musculaire. L'origine n'en tarde pas, du reste, à se révéler, la solution de continuité osseuse étant suivie, en général, d'un développement excentrique du néoplasme, jusqu'alors latent et masqué.

FIG. 567. — Gros abcès froid de la face postérieure du bras. Abduction maxima; liberté complète des mouvements de l'épaule. (Ostéite tuberculeuse, diaphysaire, discrète).

Vous verrez, au bras comme ailleurs, des « tumeurs » sarcomateuses de grosses tumeurs parfois, compliquées de fracture; le fait n'est pas rare; mais, dans l'exemple qui vient d'être rapporté, et dans les cas analogues, l'histoire clinique est tout autre. — C'est la fracture qui est la première en date, et qui survient avant que la tumeur se soit développée de façon « appréciable » en dehors de l'os; fracture banale, semble-t-il, mais qui devra éveiller les soupçons, si elle s'est produite sous l'action d'un traumatisme insignifiant, ou, soi-disant, par contraction musculaire. L'origine n'en tarde pas, du reste, à se révéler, la solution de continuité osseuse étant suivie, en général, d'un développement excentrique du néoplasme, jusqu'alors latent et masqué.

Ce type de fracture inopinée, sans cause ou presque, et sans tumeur

« préalable », s'observe aussi dans la **fracture spontanée, par cancer secondaire**. Une femme, de soixante-cinq ans, opérée d'un cancer du sein depuis plus d'une année, et sans récurrence locale appréciable, nous est amenée pour une impotence totale du bras gauche; pas de douleur ou à peine; l'accident s'est montré un matin, au réveil; il se caractérise au premier examen : solution de continuité du bras, au tiers supérieur, **transversale, très mobile, sans crépitation, indo-**

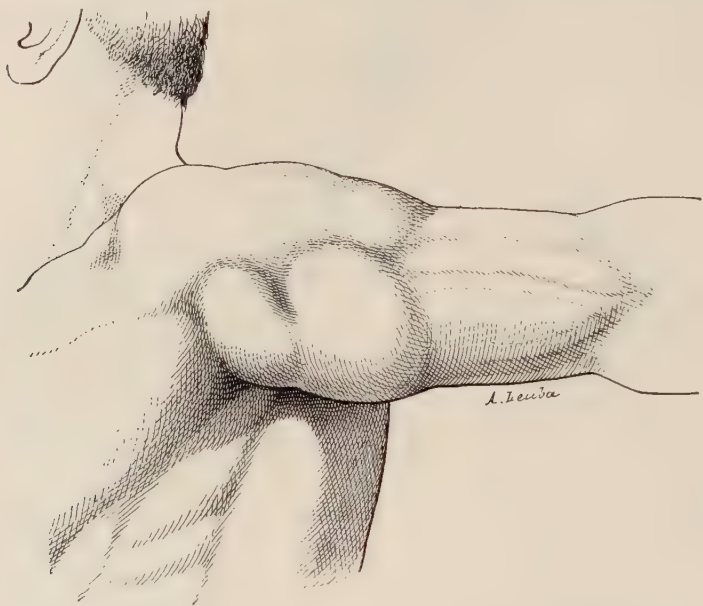


FIG. 568. — « Exostosis bursata » de l'extrémité humérale supérieure.

lente. Je crois que ces quatre termes se retrouvent dans toutes les fractures spontanées, par cancer, quel qu'en soit le siège.

Enfin je voudrais signaler encore les **exostoses de croissance**, qu'il faut rechercher sur le bord interne de l'humérus, en haut, *au col chirurgical*; puis en bas, dans la *région sus-épitrochléenne* : — petites excroissances, qui ne se perçoivent qu'au palper; — ailleurs, saillies en crochet, qui soulèvent la peau, dans l'abduction du bras, et qui peuvent s'envelopper, à leur sommet, d'une poche kystique sous-cutanée, plus ou moins tendue, rougeâtre parfois, *bourse séreuse, hygroma*.

A propos de ces exostoses « engainées », je rappellerai une forme, rare, du reste, mais qui vaut d'être connue; un autre cas, observé à la cuisse, sera figuré plus loin (voy. *Cuisse*) : l'hygroma enveloppant est volumineux, et rempli de corps étrangers cartilagineux,

analogues à ceux qu'on trouve dans les arthrites déformantes. C'est l'**exostosis bursata**.

Il y avait, chez le sujet représenté figure 568, une tumeur convexe, bilobée, grosse comme un œuf de dinde, à l'extrémité supérieure du bras, poche à grosse crépitation, au-dessous de laquelle on reconnaissait une exostose émergeant de l'humérus; — la figure 569 montre le contenu de cette poche, et l'exostose réséquée.

Le siège juxta-épiphysaire de ces tumeurs, et ces gros corps



FIG. 569. — *Exostosis bursata* de l'extrémité humérale supérieure. L'exostose réséquée et les corps cartilagineux contenus dans la poche.

étrangers, libres et durs, permettent, si l'on y pense et surtout qu'on ait eu l'occasion d'en voir un premier exemple, de faire le diagnostic, à un examen local suffisant.

LE COUDE

TRAUMATISMES DU COUDE

Traumatisme récent : gros coude, douloureux.

Regardez-le, d'abord, le membre nu sur toute sa longueur, le sujet debout ou assis, et soutenant l'avant-bras de la main opposée. Voyez si la tuméfaction est diffuse, ou plus accusée, en « bosse », en voussure, ici ou là, sur l'un des bords latéraux, à la face postérieure; notez l'ecchymose. Et, pendant que vous jetez ce coup d'œil d'exploration préalable, demandez à votre patient de plier et d'étendre son avant-bras, s'il le peut; ces brefs essais de mouvements volontaires ne seront jamais sans quelque intérêt.

Il arrive, qu'à cette inspection première, on relève une déformation



FIG. 570. — Luxation du coude en arrière.

crâne saille en arrière; — cherchez à l'étendre (fig. 573), l'olécrâne remonte, mais la déformation ne se réduit pas : elle est « fixe », c'est bien une luxation, et non une fracture.

Vous pouvez, du reste, voir et palper l'olécrâne saillant, non plus directement en arrière, mais en arrière et en dehors, en arrière et en dedans, avec

caractérisée du coude, saillant en arrière, alors qu'un pli profond s'est creusé en avant. C'est l'attitude de la **luxation postérieure**, directe (fig. 570 et 571).

Parfois, chez les maigres, et quand l'accident vient d'avoir lieu, le déplacement de l'avant-bras « se lit » à travers la peau. Pourtant, reconnaissez toujours, au palper, l'olécrâne, un creux au-devant de lui, la cupule radiale, libre, et qui tourne, en dehors; — et, au-dessus du pli du coude, abaissé et concave, le relief de l'extrémité humérale déclive. Cherchez à fléchir l'avant-bras (fig. 572) : vous êtes arrêté plus ou moins vite, et l'olé-



FIG. 571. — Luxation du coude en arrière (radiographie).

rotation de l'avant-bras dans le sens opposé : luxations *postéro-externes*, *postéro-internes*, qui sont loin d'être rares, et qui ne doivent pas être confondues avec les luxations très hautes, « sur le bord externe » de l'humérus, « sur le bord interne », tout à fait exceptionnelles, celles-là.

Ailleurs, les deux manœuvres représentées figure 572 et 573 réussissent; vous fléchissez l'avant-bras, vous l'étendez, complètement, sans grande peine.

Ne concluez pas, de ce fait seul, qu'il n'y a pas de luxation, mais concluez qu'il y a **fracture**; d'ailleurs, au cours de ces mouvements de réduction efficaces, la crépitation vous a, d'ordinaire, renseignés.

C'est alors qu'il convient de rechercher l'*épitrochlée*, l'*épicondyle*, et le *sommet de l'olécrâne*, et de préciser les rap-



FIG. 572. — Luxation du coude en arrière : essai de flexion.

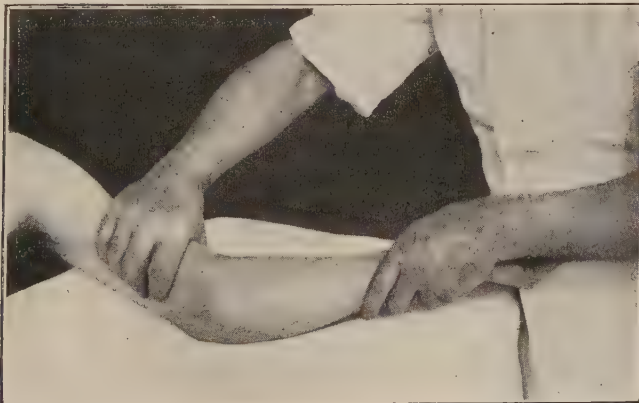


FIG. 573. — Luxation du coude en arrière : essai d'extension.

ports des trois apophyses, et cette exploration minutieuse s'impose, en particulier, lorsque la déformation caractéristique manque ou

apparaît mal, chez les sujets gras, lors d'infiltration sanguine étendue.

L'olécrâne : lui se repère aisément, en général; toutefois, s'il y avait la moindre incertitude, reconnaissez, plus bas, la crête du cubitus, et, le long de cette crête, toujours saillante, remontez (fig. 574).

L'épitrochlée, l'épicondyle : cette fois, enserrez le bras, au-dessus de la zone infiltrée, comme le montre la figure 563, et suivez-le de haut en bas, les doigts d'un côté, le pouce de l'autre, appliqués aux bords de



FIG. 574. — Recherche de l'olécrâne : les doigts suivent, en remontant, la crête cubitale; l'index repère le sommet de l'olécrâne.

l'humérus : vous serez « arrêté » par le relief épitrochléen, en dedans, par un relief un peu moindre, l'épicondyle, en dehors.

Vous avez les trois apophyses (fig. 575) :

S'il n'y a pas de luxation, elles sont *toutes trois sur le même plan vertical*; autrement dit, l'olécrâne ne déborde en arrière la ligne épitrochléo-épicondylienne, ni dans l'extension ni dans la flexion; il peut saillir en arrière, oui, mais il reste dans le plan des deux apophyses latérales, reportées en arrière, elles aussi, avec l'extrémité inférieure de l'humérus.

L'olécrâne remonte-t-il, dans l'extension, *au-dessus de la ligne épitrochléo-épicondylienne*; s'en écarte-t-il *en arrière*, dans la flexion : les extrémités articulaires ont perdu le contact, la luxation est avérée.

Cette enquête locale, rigoureusement conduite, éviterait encore de méconnaître la luxation, lorsqu'elle se combine à une fracture, sus-condylienne ou uni-condylienne de l'humérus. La déformation se

réduit aisément, le membre se redresse, et, si l'examen du coude est insuffisant, si la radiographie n'est pas faite, on « passe à côté » de la luxation, qui ne sera parfois « découverte » que beaucoup plus tard.

C'est la **fracture sus-condylienne**, avec chevauchement en bas et en avant du fragment supérieur, qui peut donner surtout l'illusion de la luxation en arrière; nous venons de voir comment on procédera au diagnostic.

Il faudra, de plus, en pareil cas, rechercher toujours, au-dessus du pli du coude, le fragment supérieur chevauché, plus ou moins irrégulier (et qui ne rappelle nullement, en tout cas, l'extrémité articulaire de l'humérus) — et ne pas manquer d'examiner le bras en arrière, le membre étendu et la main pendante, pour apprécier, s'il y a lieu, le déplacement latéral, en dedans ou en dehors, du fragment inférieur, avec déviation consécutive de l'avant-bras en sens opposé, *cubitus varus*, *cubitus valgus* : déviation à reconnaître d'emblée, pour en prévenir la permanence ultérieure, par une réduction bien conduite et bien maintenue.

Les fractures du **condyle externe** ou du **condyle interne** (plus rares) sont encore susceptibles, par le glissement, l'ascension, la rétropulsion du fragment condylien, entraînant l'avant-bras, de prendre figure de luxations postéro-externes, postéro-internes, ou latérales. Mais l'inflexion latérale de l'avant-bras — bras fixé au-dessus du coude — abaisse et réduit, et permet de faire le diagnostic. On se souviendra, toutefois, de ce glissement ascendant, sur le côté, qui, lors d'une réduction incomplète, se jugerait aussi par le *cubitus valgus* ou le *cubitus varus* définitifs.



FIG. 575. — Les trois apophyses du coude.

Encore une fois, la radiographie est de toute nécessité, ce qui n'est pas neuf, mais vaut d'être répété, en particulier pour les fractures en Y, et toute la série des fractures « atypiques ».

Mais cela ne restreint pas l'intérêt de l'exploration méthodique : *y a-t-il fracture? Se réduit-elle?* Telle est la double question pratique à résoudre, avant d'être informé de l'exacte ordonnance des traits de fracture. — Pour la résoudre, on se trouvera souvent bien de fixer le bras, sur le plan du lit, de la main gauche, et d'empaumer le coude

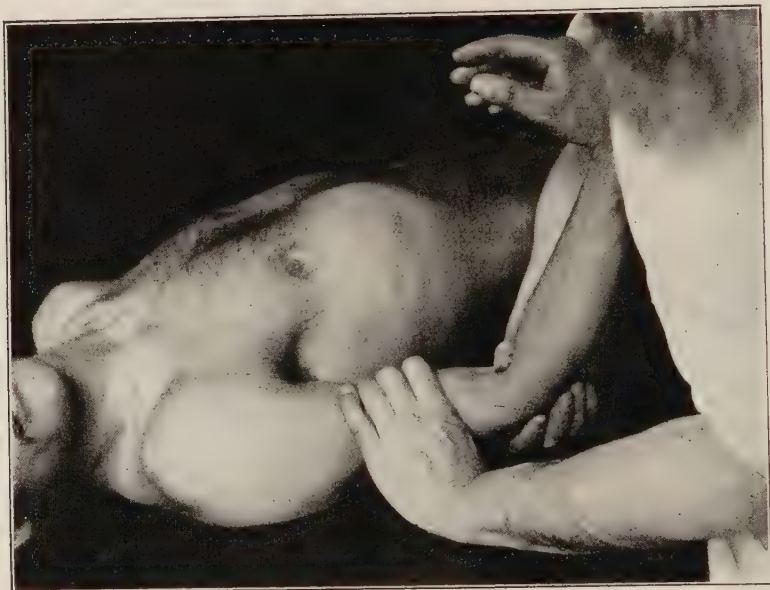


FIG. 576. — Exploration de l'extrémité inférieure de l'humérus.

en arrière, de la main droite, (fig. 576) : de la sorte, « on est maître » de l'extrémité humérale et de l'articulation, et l'on peut, (en procédant toujours avec douceur et sans brusquerie), relever le coude, l'incliner latéralement, lui imprimer une certaine rotation, le tirer dans l'axe en l'abaissant, et, par ces diverses manœuvres, acquérir de très utiles données.

Je ne fais que rappeler les **fractures apophysaires**, isolées parfois, celles de l'**épitrochlée** surtout; une douleur locale nette à l'implantation de l'apophyse, qu'on ne repère plus à sa place, en suivant de haut en bas le bord huméral interne, mais qu'on peut retrouver plus bas, comme un petit fragment osseux, abaissé par la rétraction musculaire : tels sont les signes d'exploration, qui révéleraient la lésion épitrochléenne.

Sur l'autre extrémité articulaire, **antibrachiale**, vous aurez à explorer l'**olécrâne** — la tête et le col du **radius** — l'**apophyse coronoïde** et le tiers supérieur du **cubitus**.

Les **fractures de l'olécrâne** doivent être examinées, non point à la faveur d'une rotation interne, plus ou moins prononcée, du coude, mais, « franchement », par la face postérieure, et dans les deux attitudes que voici : — bras maintenu en arrière, avant-bras tombant, dans la station debout (fig. 577); — bras et avant-bras reposant sur le plan du lit, le blessé couché sur le ventre.

Dans la première attitude, vous jugerez au mieux de l'écartement, qui n'« ap-



FIG. 577. — Examen d'une fracture de l'olécrâne : bras maintenu en arrière, avant-bras tombant.



FIG. 578. — Fracture de l'olécrâne, à la partie moyenne; ascension variable du fragment supérieur, suivant le degré de rupture des ailerons.

paraît » pas toujours, à la vue, et qu'il faut rechercher, aux doigts, en déprimant

l'épanchement sanguin inter et rétro - fragmentaire. Il est plus ou moins large, cet écartement, suivant que les bandes fibreuses latérales, les ailerons de l'olécrâne (voy. plus loin : *Fractures de la rotule*), sont plus ou moins intéressés. Il diffère aussi, suivant

la hauteur de la solution de continuité olécrânienne : fracture à la **partie moyenne** (fig. 578); — **fracture basale**, avec relèvement

du fragment supérieur (fig. 579), ou qui se prolonge plus ou moins sur la crête du cubitus (fig. 580), et dont l'angle déclive fait relief, en soulevant la peau; — **fracture du sommet**, ne détachant, tout en haut de l'olécrâne, qu'une assez mince plaquette osseuse (fig. 581). — Il peut arriver, jusqu'à quinze ou dix-huit ans, que ce soit, en réalité, un décollement épiphysaire (voy. fig. 582), et que

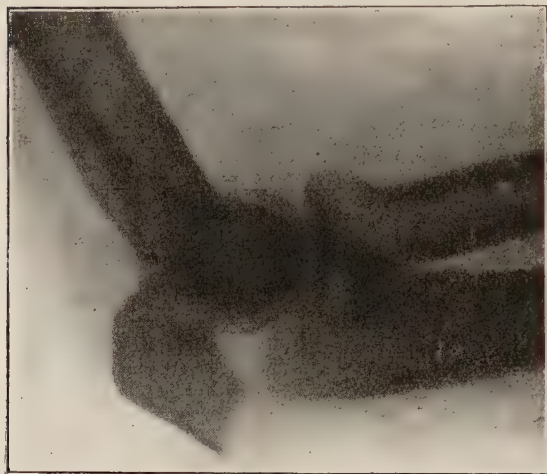


FIG. 579. — Fracture basale de l'olécrâne, avec relèvement du fragment supérieur.

la petite épiphyse « arrachée » soit perdue et masquée dans le tendon.

Il arrive encore qu'on ne trouve aucun écartement, aucune dépres-



FIG. 580. — Fracture basale de l'olécrâne, se prolongeant angulairement sur la face postérieure du cubitus.

sion nette de la face olécrânienne postérieure : cherchez la douleur locale, et, dans la position « avant-bras tombant », représentée fig. 577,

demandez qu'on relève la main : *elle ne se relèvera pas, ou à peine*, et avec douleur, et ce sera un excellent signe confirmatif de fracture.

Dans la seconde attitude, bras et avant-bras couchés sur leur face antérieure, vous appréciez le rapprochement, la *coaptation plus ou moins facile* des fragments.

Les **fractures de la tête ou du col du radius** sont à rechercher par la manœuvre bien connue, représentée (fig. 583) : douleur locale, crépitation, quelquefois relief irrégulier du col ou de la tête. — Il faut y penser : elles sont moins exceptionnelles qu'on ne le dit couramment, et, méconnues primitivement, elles s'accusent parfois, à une date ultérieure, par un cal irrégulier et saillant, qui entrave la supination et reste douloureux. J'ai réséqué plusieurs têtes radiales dans ces conditions.

Ces fractures sont à distinguer, des **luxations isolées de la tête**



FIG. 581. — Fracture de l'olécrâne, au sommet.

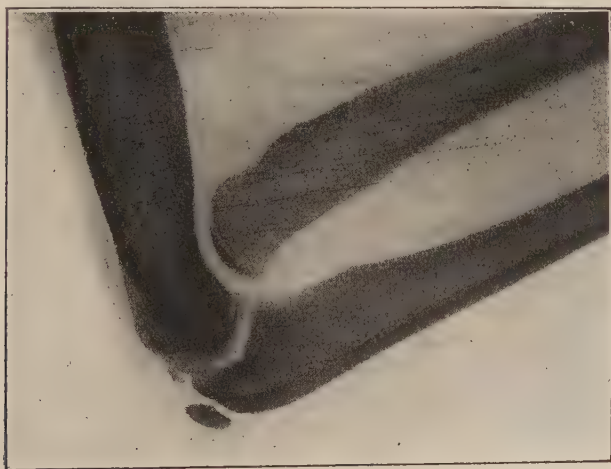


FIG. 582. — Le coude d'un enfant de quatorze ans.

radiale, en avant (les luxations *en arrière* ou *en dehors* sont exceptionnelles) : c'est la tête tout entière, avec sa cupule, son pourtour

circulaire, son col, que l'on trouve alors au-devant du condyle.

Les **luxations de la tête radiale en avant** peuvent se combiner à



FIG. 583. — Exploration de la tête radiale.

une **fracture oblique du tiers supérieur du cubitus**; le cubitus est fortement infléchi ou chevauché, la tête radiale très saillante et très



FIG. 584. — Luxation de la tête radiale en avant et en dehors, avec fracture du tiers supérieur du cubitus.

haut déviée, en avant; et ce n'est pas là, non plus, un accident exceptionnel (fig. 584).

Si l'on ne trouve ni luxation ni fracture, dans un traumatisme du coude, il faudra penser à l'entorse, avec ou sans rupture des ligaments latéraux, et la rechercher — la rechercher par la pression à l'interligne, en dedans, en dehors, au-dessus de la tête, « roulante », du radius, en arrière, sur les côtés de l'olécrâne, même en avant, sur les côtés du tendon bicipital (voy. plus loin, fig. 593 et 594) — par les mouvements de latéralité, le bras fixé. L'entorse interne est la plus fréquente. Elle s'accompagne souvent d'une hémarthrose plus ou moins abondante qu'on dépiste — toujours assez mal — par le palper latéro-olécrânien (voy. fig. 596); elle est toujours suivie, très vite, d'un « affaissement » caractéristique du biceps.

Rappelons encore les gros hématomes rétro-olécrâniens — dont nous reparlerons plus loin — et qui peuvent figurer parfois, à première vue, une déformation de luxation.

A la suite de tous les traumatismes du coude, des traumatismes du bras ou de l'avant-bras, des immobilisations du coude, des arthrites de toute nature, on observe des **raideurs du coude**, des ankyloses fibreuses (voy. plus loin : *Ankyloses*), des désordres fonctionnels par limitation des mouvements, qui nécessitent, pour être nettement



FIG. 585. — *Exploration du coude : flexion qui ne dépasse pas l'angle obtus.*

définis et appréciés, (accidents du travail), un examen précis et détaillé.

Comment explorer le coude, dans ces conditions?

Flexion. — Le bras repose, à plat, sur le bord d'un lit ou d'une table (plan dur, qui ne se déprime pas); vous le fixez de la main gauche qui l'encadre en avant; de la main droite, vous relevez le poi-

gnet, directement, dans l'axe du bras; poursuivez progressivement la

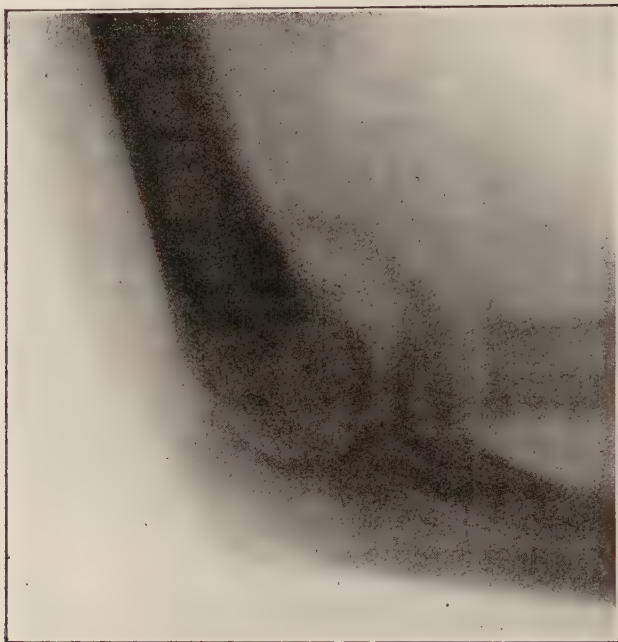


FIG. 586. — *Ostéome pré-articulaire, consécutif à une luxation ancienne du coude.*

flexion, pas trop vite, sans à-coup, pour prévenir la douleur et la résistance musculaire.

Vous êtes arrêté à angle obtus (fig. 585); mauvais cas : un avant-

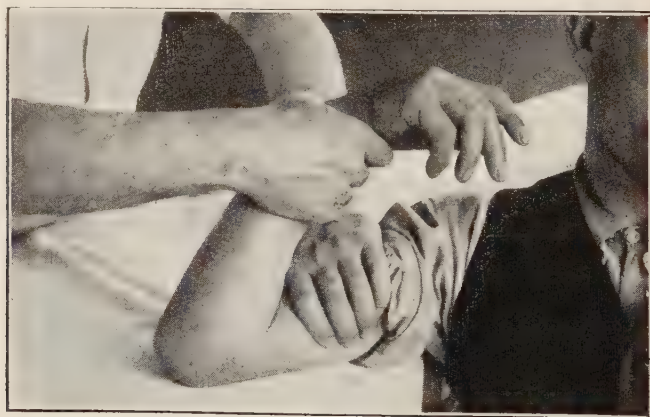


FIG. 587. — *Exploration du coude : flexion au delà de l'angle droit.*

bras sert mal, quand il ne plie pas à angle droit ou un peu au delà de l'angle droit. Insistez toutefois; l'obstacle qui enraye le mouvement,

sans céder, donne l'impression d'une certaine dépressibilité élastique : la mobilisation prolongée pourra être encore de quelque efficacité ; ailleurs, vous vous heurtez plus ou moins vite à une sorte de cale, qui bloque le mouvement, et ce blocage est définitif.

Au coude, cette cale est souvent constituée par l'ostéome pré-articulaire (fig. 586) fréquent à la suite des luxations, des entorses, etc.

Vous dépassez l'angle droit (fig. 587) de 15° , 20° , ..., sans aller jusqu'à la limite physiologique, l'application de l'avant-bras au bras : dès que la flexion se fait à angle aigu, elle acquiert une utilité fon-



FIG. 588. — *Limitation de l'extension du coude, d'origine cicatricielle.* Le pouce droit repère une grosse bride saillante et tendue.

tionnelle particulière, mais on n'oubliera pas que c'est la flexion « active » qui compte.

Extension. — Même technique, appliquée en sens inverse : le bras fixé, cherchez à rapprocher le poignet du plan horizontal. Ajoutons qu'en général, une insuffisance d'extension est toujours moins gênante qu'une insuffisance de flexion.

Rappelons ici les limitations d'extension par *rétraction cicatricielle* (fig. 588) : vastes cicatrices de brûlure ; l'obstacle à l'extension était représenté par une grosse bride antérieure, que le pouce droit repère et soulève.

Pronation et supination. — Ne manquez pas d'explorer en même temps la rotation de l'avant-bras ; exemples :

Fig. 589 : l'extension est incomplète ; la pronation est normale ;

Fig. 590 : l'extension est complète, la pronation normale : la supination est enrayée à mi-excursion.

En pratique, il sera utile — surtout lors de déformation minimale —

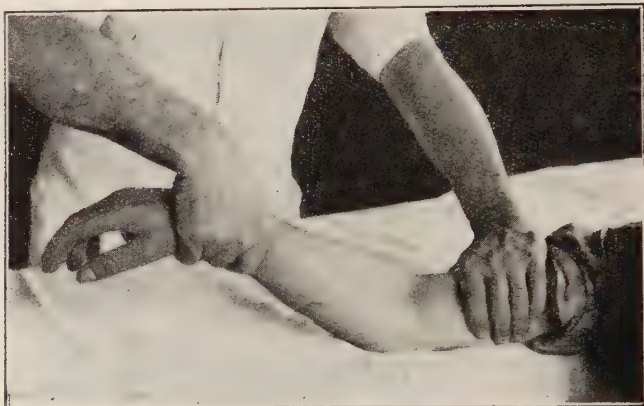


FIG. 589. — *Exploration du coude : extension incomplète, pronation normale.*

d'examiner symétriquement les deux avant-bras, comme figure 591 ; il s'agit ici d'une fracture ancienne de l'avant-bras droit : l'extension du coude est un peu limitée, la supination n'est pas complète.

Enfin, si la guérison fonctionnelle est complète, vous relevez l'inté-

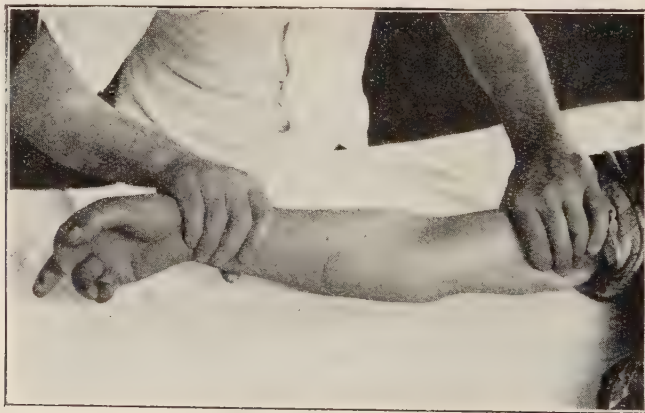


FIG. 590. — *Exploration du coude : extension et pronation normales ; supination enrayée à mi-excursion.*

grité de tous les mouvements articulaires ; mais il convient d'apprécier aussi la puissance de ces mouvements, et l'état des muscles.

Sans entrer dans le détail de cette étude, je signalerai la figure 592 : par le triple « mouvement actif » du coude, qu'elle représente, on pourra juger de la « valeur » du triceps brachial.

Tous les modes d'examen local, qui viennent d'être figurés, serviront également dans l'exploration des **arthrites du coude**.



FIG. 591. — Examen symétrique des deux coudes et des deux avant-bras en avant : extension et supination incomplètes, à droite.



FIG. 592. — Exploration du triceps brachial.

1. *Sujet assis* : le bras est maintenu en abduction horizontale, un poids dans la main.
2. *Sujet debout, à gauche* : le bras est en abduction horizontale, le coude fléchi, un poids dans la main; mouvement d'extension du coude.
3. *Sujet debout, à droite* : élévation du bras, coude fléchi; la main, qui porte un poids, est lentement abaissée.

ARTHRITES DU COUDE

I. **Arthrites aiguës**, traumatiques, blennorragiques, consécutives à telle ou telle infection générale, grippe, fièvres éruptives, etc.

Je ne parle pas des arthrites qui se produisent à la suite des grands fracas traumatiques du coude (et des plaies de guerre); mais, dans la pratique civile, vous verrez de petites plaies du coude, par balles de



FIG. 593. — Exploration du coude : palper en dehors du tendon du biceps.

revolver, par grains de plomb, par coups de pointe de couteau, qui semblent tout anodines le premier jour, et qui sont « en puissance » de complication articulaire: on se demande si la petite plaie est pénétrante, et, peu de jours après, les accidents aigus, fièvre, douleur, tuméfaction articulaire, démontrent la pénétration septique.

Ce qui caractérise l'arthrite, c'est la *douleur au moindre mouvement* : l'avant-bras s'infléchit d'ordinaire; la moindre tentative d'extension provoque une réaction douloureuse intense; le coude est tuméfié, surtout en arrière et latéralement. Quant à l'articulation elle-même, vous pourrez l'explorer — toujours assez mal — en avant, par le palper représenté fig. 593 et 594; en bas et en dehors, au-dessus de la tête du radius; en arrière surtout, de chaque côté de l'olécrâne. Ce palper des gouttières latéro-olécrâniennes vous permettra de constater parfois qu'elles sont comblées, saillantes, fluctuantes même. Il ne faut pas tenir compte de l'œdème: c'est en dessous de l'œdème, après

l'avoir affaissé et déprimé, qu'on reconnaît, des deux côtés ou d'un seul (en dehors, assez souvent) la voussure longitudinale, accolée à l'olécrâne. — Et c'est là qu'il faut inciser.

Ne manquez pas, encore, dans toutes les arthrites, d'examiner



FIG. 594. — Exploration du coude : palper en dedans du tendon du biceps.

le biceps : vous le trouverez, « dès le début », flasque, affaissé, dépressible (fig. 595).

II. Arthrites chroniques. — La tuberculose du coude peut se présenter



FIG. 595. — Exploration du biceps.

sous les dehors de l'arthrite aiguë, et c'est une éventualité qu'il convient, en clinique, de ne jamais oublier, ici comme dans les autres articulations.

Le plus souvent, le début en est lent et progressif; et les divers procédés d'exploration, plus haut décrits et figurés, seront applicables, pour déterminer les douleurs et les tuméfactions locales, les

troubles moteurs, l'atrophie bicipitale, qui dénoncent l'ostéo-arthrite tuberculeuse initiale ou en évolution.

Quand elle est confirmée, et que l'on se trouve en présence d'une **tumeur blanche du coude**, comment explorer? Et que doit-on chercher à reconnaître?

L'épaisseur, la consistance, l'extension et les limites, en haut et en bas, de la nappe fongueuse; les zones ramollies et les abcès;



FIG. 596. — Tumeur blanche du coude : exploration des bords de l'olécrâne et des faces latérales du coude.

— l'état des os : douleurs à la pression, épaississements, inégalités de surface; — l'état de l'article, qui « tient » encore, qui, même, est enraidie et fixe; ailleurs qui se mobilise librement en travers et dans tous les sens, et dont l'armature a cédé — les ganglions, sus-épitrochléens, axillaires — l'atrophie musculaire, portant sur le biceps, sur le triceps; plus tard, sur les muscles de l'épaule (l'épaule ne fonctionne plus guère, avec une tumeur blanche du coude); et, toujours moindre et plus tardive, sur les muscles de l'avant-bras.

A ces divers points de vue, il est du plus grand intérêt d'obtenir des données précises, moins peut-être pour le diagnostic, qui, le plus souvent, s'impose, que pour le pronostic local et les indications du traitement. Il n'y a plus guère de place, dans les formes dont nous parlons, pour les méthodes non opératoires; mais faut-il réséquer? quel sera l'avenir de la résection, et jusqu'à quelle distance de l'interligne les os semblent-ils intéressés, au bras, à l'avant-bras? Faut-il se résoudre à l'amputation? — Je n'ai pas besoin d'ajouter que l'examen radiographique est un complément indispensable.

Quant à l'examen local, par le palper, les trois procédés, repré-

sentés figures 596, 597, 598, permettront de mener à bien une complète exploration :

Fig. 596 : Le malade est debout, le coude pendant; vous vous placez en arrière. Vos deux pouces s'appliquent sur les bords de l'olécrâne, et vos mains encadrent les deux côtés du coude. Vous pouvez, de la sorte, explorer l'article en arrière, en avant, sur ses contours latéraux :

Fig. 597 : Exploration de l'extrémité antibrachiale; votre pouce interroge la tête radiale, pendant que, de l'autre main, vous cherchez

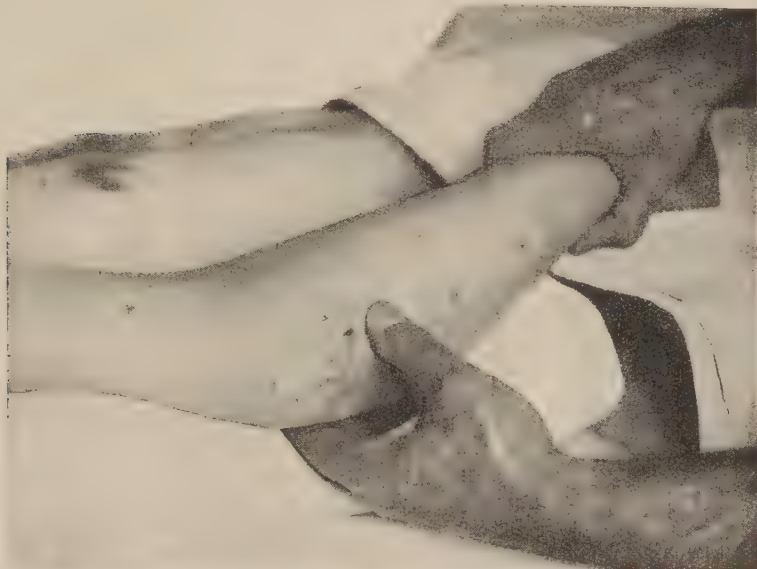


FIG. 597. — *Tumeur blanche du coude* : exploration de la tête radiale et de l'apophyse coronoïde.

à faire tourner l'avant-bras; — vos doigts s'appliquent à la face interne de l'apophyse coronoïde;

Fig. 598 : Exploration de l'extrémité humérale; une main encadre la face antérieure du bras, le pouce en dedans, les doigts en dehors, repère l'épitrachée et l'épicondyle, remonte le long des bords latéraux de l'humérus; — le pouce est bien placé pour rechercher et palper les *ganglions sus-épitrachéens* (on n'oubliera pas de remonter à l'aisselle). — En fixant le bras, avec la main ainsi placée, pendant que l'autre main mobilise le tiers inférieur de l'avant-bras, on réalise les meilleures conditions pour apprécier le degré de fixité, la mobilité transversale de l'articulation, etc.

Lors de tumeurs blanches fistuleuses, les mêmes techniques sont applicables, mais il y faut joindre l'exploration des fistules.

Le diagnostic s'impose le plus souvent, comme nous le disions plus haut, dans ces ostéo-arthrites tuberculeuses avancées, qu'elles soient ou non fistuleuses. Il convient, pourtant, de toujours penser, ici encore, aux **arthrites ostéomyélitiques**. Vous en verrez de frappants exemples, et qui, au premier aspect, rappelleront la tumeur blanche, surtout dans la forme fistuleuse. Mais ce n'est qu'une apparence, et l'interprétation exacte se dégage assez aisément, d'ordinaire, de l'examen local.

Dans ces arthrites ostéomyélitiques chroniques, la tuméfaction articulaire est surtout « osseuse », autrement dit, s'il existe une nappe d'infiltration synoviale, elle n'acquiert jamais le développement



FIG. 598. — Tumeur blanche du coude : exploration de l'extrémité humérale inférieure, et des ganglions épitrochléens.

de la nappe fongueuse, que l'on constate dans la tumeur blanche, et ce sont les extrémités osseuses, en particulier, l'extrémité humérale inférieure, épaissies, hyperostosées, qui font relief et amplifient la jointure. On s'en rend compte au palper.

Ajoutons que, si l'extrémité articulaire antibrachiale est elle-même intéressée, dans certains cas, tout se concentre, le plus souvent, autour de l'épiphyse humérale, siège de l'ostéomyélite originelle : on retrouve, du reste, dans les commémoratifs, cette crise initiale, parfois lointaine, que des cicatrices signalent encore, assez souvent. Enfin, lorsqu'il y a des fistules, leur trajet conduit, en général, aux condyles huméraux, où le stylet vient heurter des surfaces osseuses dénudées, compactes, qui donnent au doigt une tout autre impression, que la surface ramollie et friable de l'ostéite tuberculeuse.

On voit encore d'autres arthrites chroniques du coude : des *arthrites syphilitiques*, exceptionnelles, en réalité, mais auxquelles il faut penser, lors de manifestations tertiaires multiples — des *arthrites rhumatismales*, ou, du moins, ainsi dénommées, qui restent sèches, sans suppuration ni fistules, — qui peuvent être multiples, elles aussi, et

témoigner alors, en somme, de la légitimité de leur appellation; mais qui doivent toujours, dans leur forme localisée, susciter l'idée de la *tuberculose*.

Vous pourrez même observer — exceptionnellement — l'*arthrite chronique déformante* à corps étrangers, que nous retrouverons plus loin, au genou (voy. *Genou*).

Aux arthrites du coude doit naturellement faire suite l'étude des **ankyloses** — étude qui sera brève ici, puisque les divers procédés d'exploration, décrits et figurés à propos des *Raideurs* (voy. p. 513), leur sont applicables. — Notons pourtant les quelques points, d'importance primordiale, que voici :

1° Quel est le *type de l'ankylose* : rectiligne, à angle obtus, à angle droit, à angle aigu? nous avons insisté déjà sur le degré variable de leur gravité fonctionnelle (voy. p. 514);

2° L'ankylose est-elle *osseuse*, par soudure totale des extrémités articulaires, ou *fibreuse*, incomplète? L'exploration, rappelée tout à l'heure, permettra le plus souvent de trancher la question; l'ankylose fibreuse très serrée pourra être malaisée à distinguer de l'ankylose osseuse, et la radiographie sera nécessaire. Il y a pourtant un indice qui ne trompe jamais : exagérez un peu les essais de mouvements, extension et flexion; si vous provoquez de la douleur, l'ankylose est fibreuse; lors de soudure totale, l'indolence est absolue.

3° L'*article radio-cubital* a-t-il conservé sa mobilité, ou, lui-même, est-il ankylosé, avec la grande articulation?

4° Enfin, examinez toujours avec grand soin *les os et leur pourtour*, et cherchez s'il n'y a pas, ici ou là, des « reliquats » : masse fongueuse dans le cul-de-sac sous-tricipital, sur les côtés de



FIG. 599. — Hygroma rétro-olécrânien.

l'olécrâne, etc.; petit abcès; saillie osseuse douloureuse, ou douleur fixe, spontanée et à la pression, en quelque point des extrémités osseuses. La radiographie sera, là encore, un complément indispensable.

Je n'ai qu'à signaler les « **tumeurs** » **superficielles**, indépendantes des os et de l'articulation, *au pli du coude — à la face postérieure.*

Au pli du coude, en dedans, vous observerez assez souvent — et vous devrez rechercher — l'**adénopathie sus-épitrochléenne**, et vous verrez parfois l'**adéno-phlegmon sus-épitrochléen**.

Il convient aussi de ne pas oublier l'**anévrisme**, artériel ou artérioveineux, traumatique le plus souvent, comme les anévrysmes de l'humérale, au bras, — dont nous parlions plus haut (voy. p. 496) — qui peut être de médiocre volume, engainé d'une coque d'infiltration sanguine ou inflammatoire, ou recouvert d'un abcès; j'ai vu des cas de ce genre.

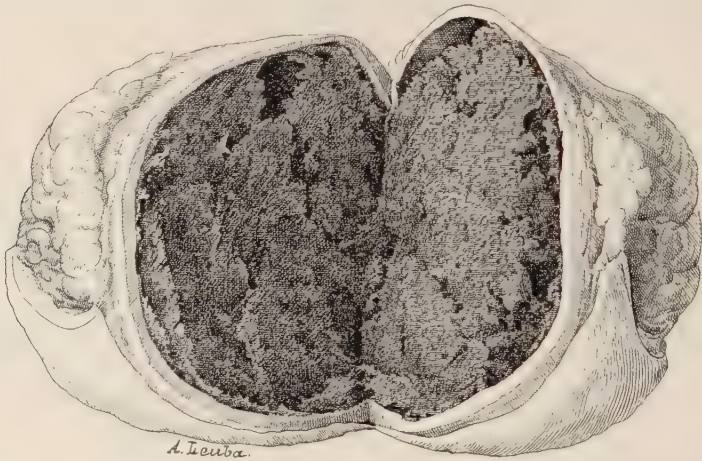


FIG. 600. — Ancien et volumineux hématome de la bourse séreuse olécrânienne.

Dans toute voussure, dans toute tumeur, adjacente au bord interne du tendon bicapital, il faut penser à l'anévrysme.

En arrière, vous verrez très souvent l'hygroma chronique retro-olécrânien (fig. 599), et l'hygroma suppuré. — Vous pourrez voir encore des « **hématomes hygromateux** » qui, parfois, remontent loin, et dont la consistance ferme, presque dure, fait penser à une tumeur solide. Ainsi en était-il dans le cas représenté ici, qui datait de plus de deux ans, et qui, du reste, nous avait été envoyé comme fibrome périostique du cubitus : la cavité kystique était entièrement comblée par une masse compacte de caillots (fig. 600).

AVANT-BRAS

TRAUMATISMES

C'est un traumatisme grave, une **fracture de l'avant-bras**, une *fracture des deux os avec déviation fragmentaire* : on peut dire qu'une semblable fracture se consolide rarement avec une restau-

ration fonctionnelle complète. La figure 601 en montre les raisons : déplacés dans l'espace interosseux, les fragments ont une singulière tendance à se souder entre eux, cubitus et radius, pour enrayer toute rotation de l'avant-bras; même s'ils n'entrent pas en coalescence, le relief « interosseux », qu'ils dessinent, ou que dessine l'un d'eux,

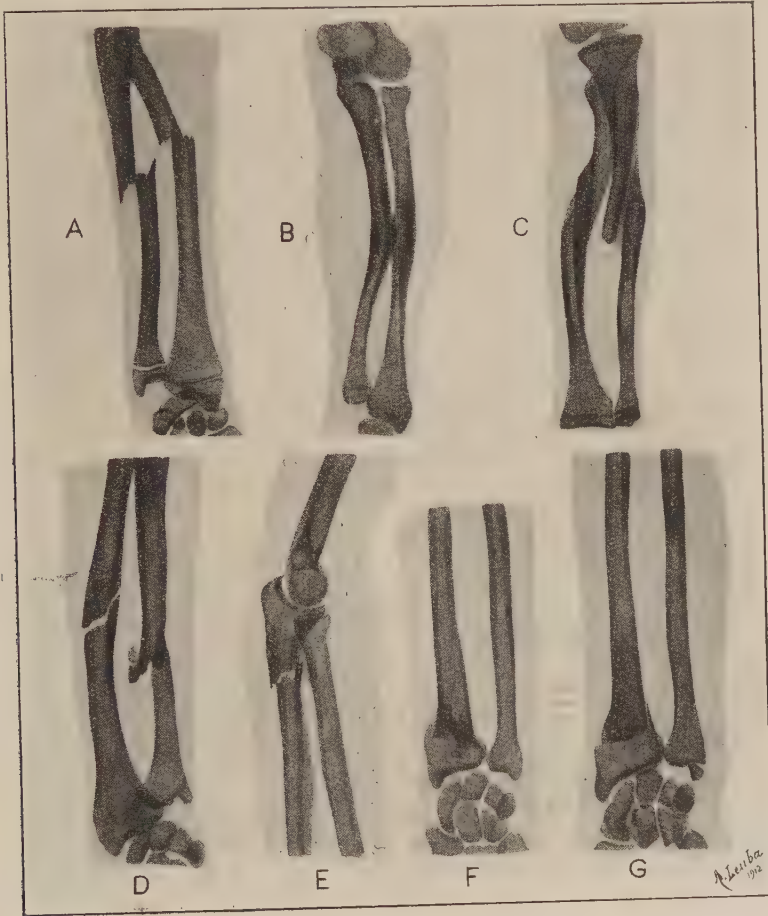


FIG. 601. — Fractures de l'avant-bras.

A, Chevauchement du fragment cubital inférieur et du fragment radial supérieur dans l'espace interosseux; — B, fracture consolidée : soudure des deux os; — C, fracture consolidée : radius incurvé; fragment supérieur du cubitus chevauché dans l'espace interosseux; — D, fracture du radius sans déplacement notable; fracture du cubitus chevauchée, raccourcissement, menace de main-bote cubitale; — E, fracture du tiers supérieur du cubitus (l'extrémité inférieure du radius était aussi fracturée); — F, fracture de l'extrémité inférieure du radius; — G, fracture de l'extrémité inférieure du radius et de l'apophyse styloïde du cubitus.

peut former cale et s'opposer à la libre pratique de la pronation ou de la supination; — chevauchés en dehors, ils tiraillent et désaxent, par leur raccourcissement inégal, ou le raccourcissement isolé de

l'un d'eux, l'articulation du poignet. Ajoutons encore les raideurs du poignet ou du coude, qui en sont une conséquence fréquente.



FIG. 602. — Exploration de l'avant-bras fracturé : inflexion d'arrière en avant.

Il y a donc un intérêt majeur à les bien explorer, non qu'elles soient, en général, malaisées à reconnaître, mais pour apprécier d'emblée,



FIG. 603. — Exploration de l'avant-bras fracturé : pronation et supination.

autant que faire se peut, leur mobilité, leur chevauchement, leurs déviations fragmentaires. La radiographie devra toujours, naturellement, compléter cet examen, mais il n'en est pas moins utile, et l'on se trouvera toujours bien, d'avoir repéré, à la main, les deux fractures.

Ayez recours aux manœuvres d'exploration suivantes, qui vous

permettront de reconnaître la solution de continuité osseuse, **double**, et d'en préciser plus ou moins nettement les caractères :

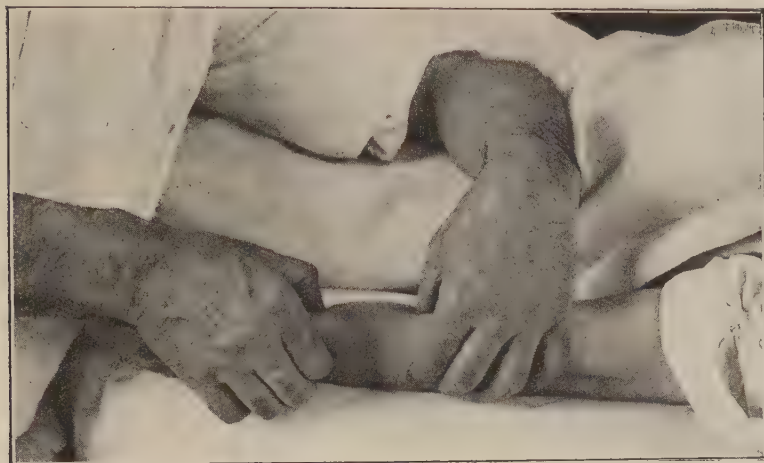


FIG. 604. — Exploration de l'avant-bras fracturé : palper longitudinal des deux bords de l'avant-bras.

Fig. 602 : **Inflexion d'arrière en avant**, la main gauche fixant l'avant-bras au-dessous du coude, pendant que la main droite relève

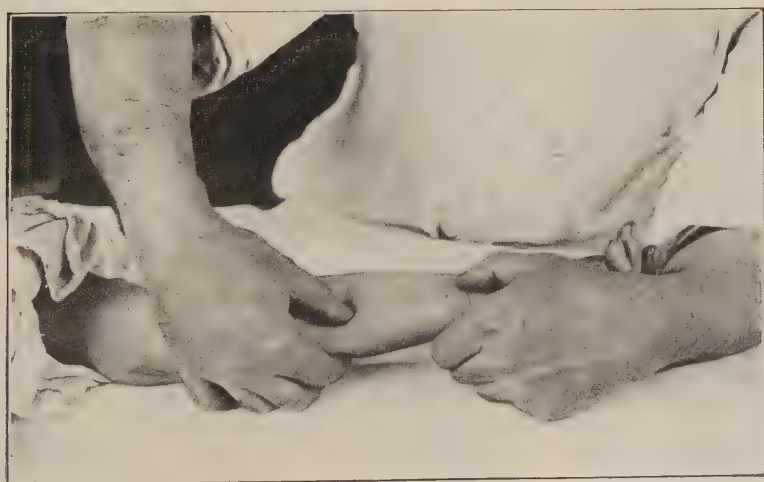


FIG. 605. — Exploration du radius.

le poignet; douleur, mobilité, souvent crépitation : la fracture des deux os, lorsqu'elle existe, se manifeste d'ordinaire sans peine. Ajoutons que, les mains appliquées comme le représente la figure, vous êtes au mieux placé pour provoquer la douleur locale, « par pression

dans l'axe », et que, même si la mobilité est incertaine, et que la crépitation manque, ce sera là un signe, le plus souvent, révélateur.

Fig. 603 : Votre main gauche immobilise en haut, comme tout à

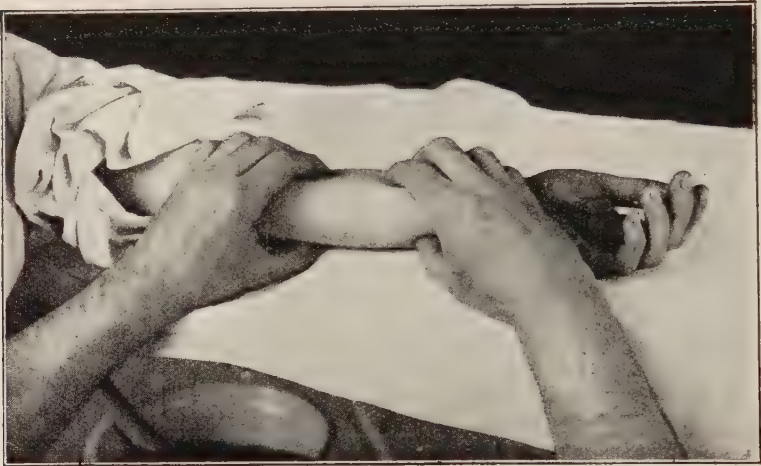


FIG. 606. — Exploration du cubitus (pour la recherche d'une fracture isolée).

l'heure; vous faites tourner le poignet en dedans, en dehors (pronation; supination); les fragments « se décalent » à la moindre pronation.

Fig. 604 : Si vous n'obtenez rien de net, suivez les deux bords de

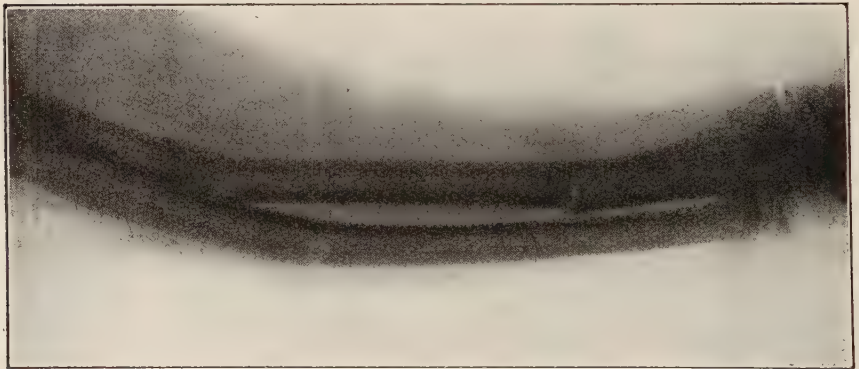


FIG. 607. — Inflexion sous-périostée des deux os de l'avant-bras (fissures).

l'avant-bras, sur toute leur longueur; le procédé représenté ici est recommandable : vous encadrez avec les doigts l'un des bords de l'avant-bras, et vous parcourez l'autre avec les deux pouces, le gauche descendant du coude, le droit remontant du poignet.

Vous pouvez encore pratiquer cet examen du cubitus et du radius, comme le montrent les figures 605 et 606; et le procédé, bien appliqué, fera découvrir encore la fracture isolée, sans déplacement, de l'un ou de l'autre des deux os.

Fig. 605 : Le radius est empaumé par les deux mains, pouce en dessus, et les deux mains se rapprochent progressivement l'une de l'autre, en palpant, en cherchant à mobiliser.

Fig. 606 : Même manœuvre sur le cubitus, mais, cette fois, les pouces sont en arrière, le long de la crête cubitale.

Chez les jeunes sujets, vous pourrez parfois reconnaître, par les mêmes manœuvres, la fracture sous-périostée; — vous verrez encore l'inflexion à concavité antérieure des deux os) avec fissures multiples (fig. 607).

Plus tard, ce sera par des procédés analogues d'exploration que l'on précisera les cals vicieux de l'avant-bras, les raideurs

des articulations radio-cubitales, supérieure et inférieure, du coude, du poignet, et les divers éléments de l'impotence fonctionnelle consécutive, plus ou moins accusée, que l'on observe trop souvent.

Je voudrais insister encore sur les *gros cals*, non pas ceux qui résultent de fractures comminutives, infectées ou non (plaies de guerre, en particulier) mais les cals énormes qui se développent parfois, autour d'une fracture transversale, chez les enfants ou les adolescents.

La figure 608 montre un de ces cals, unilatéral, cette fois, consécutif à une fracture du tiers inférieur du cubitus, et remplissant

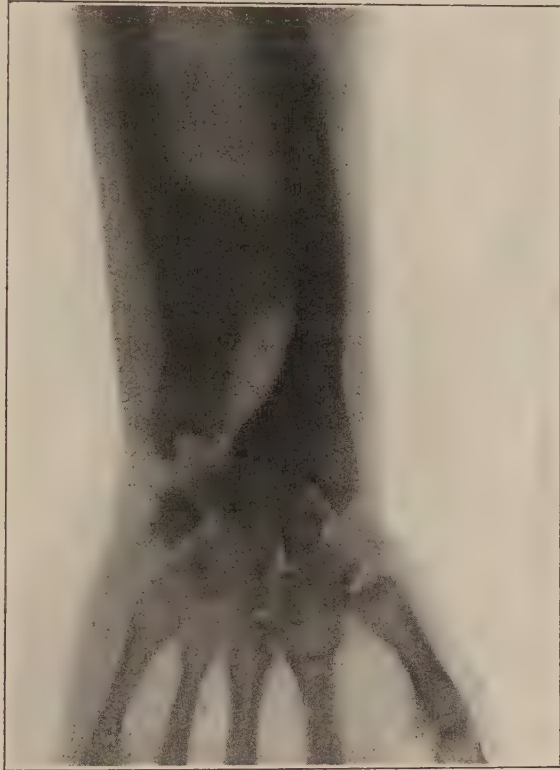


FIG. 608. — Gros cal du cubitus, remplissant l'espace interosseux.

l'espace interosseux; — plus souvent l'on se trouve en présence de cals fusiformes, circonférentiels, et qui peuvent passer pour de tout autres « tumeurs ».

Je garde le souvenir — il date de plus de vingt-cinq ans — d'une petite fille de onze ans, qui me fut amenée par son grand-père, un médecin célèbre de l'époque; elle avait, à l'avant-bras droit, sur la crête cubitale, une tumeur saillante, comme un œuf de poule, et qui faisait corps avec l'os; la tumeur avait grossi progressivement au cours des deux derniers mois; il n'y avait aucun souvenir de traumatisme et, tout naturellement, le grand-père pensait au sarcome, d'autant mieux que l'enfant était maigre et pâle. Mais la masse était dure, uniformément dure; on ne relevait ni douleurs ni ganglions; de plus, le cubitus semblait légèrement incurvé sur son bord postérieur: je conclus à un cal hypertrophique, et l'interprétation se vérifia de tout point, car l'on apprit, plus tard, que l'enfant était tombée sur son avant-bras, deux mois avant, et que l'accident avait été soigneusement dissimulé. Le « pseudo-sarcome » disparut peu à peu.

J'ai vu, depuis lors, plusieurs exemples du même genre, et le fait est bien connu; mais il est intéressant à signaler.

Cela nous amène aux **TUMEURS DE L'AVANT-BRAS**, et d'abord aux **tumeurs osseuses**.

Sarcomes, ostéites syphilitiques, ostéo-myélites chroniques d'emblée: telles sont, ici comme sur toutes les diaphyses, les hypothèses à soulever et à discuter; nous avons déjà dit, et nous le répéterons plus loin, quelle part revient à l'exploration manuelle.

La figure 609 représente un sarcome du tiers supérieur du radius, opéré, une première fois, par résection locale, et récidivé, avec ulcération cutanée: l'amputation du bras était seule à pratiquer, et le fût, effectivement.

D'autres tumeurs siègent *dans les parties molles*.

Voyez figure 610 un *abcès froid* du long supinateur, cantonné dans le muscle, et procédant d'une tuberculose musculaire.

Fig. 611: il s'agit d'un **anévrisme**, d'un gros anévrisme de l'artère radiale droite; l'histoire en était fort curieuse: il avait succédé à un coup d'épée, en duel, remontant à vingt-quatre ans (une petite cicatrice, visible sur la photographie, témoignait de ce coup de pointe): la tumeur, indolente, peu gênante, avait grossi dans les dernières années. L'anévrisme fut incisé, extirpé, et la radiale liée, au-dessus et au-dessous; la guérison fut des plus simples.

Il faut se souvenir de ces **anévrismes de l'avant-bras**, qui peuvent se développer à la suite de plaies étroites par coup de couteau, etc., de sétons par petites balles, sans gravité immédiate.

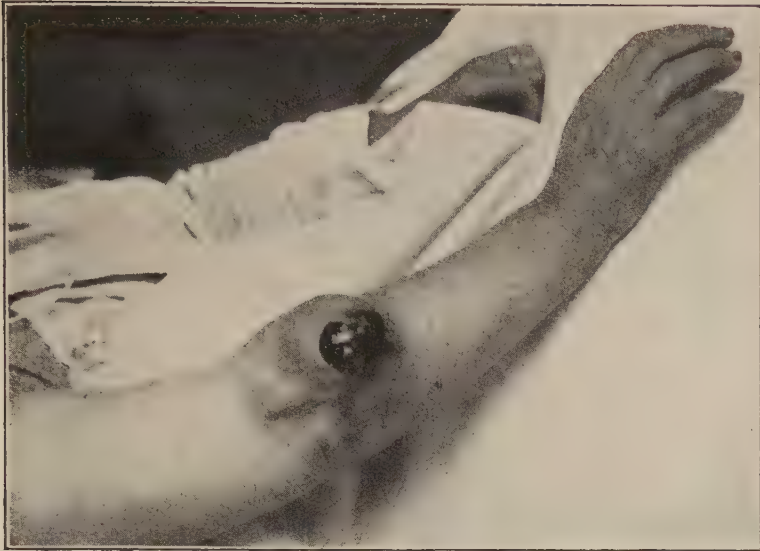


FIG. 609. — Sarcome du tiers supéri.ur du radius, récidivé, propagé aux parties molles, et ulcéré.

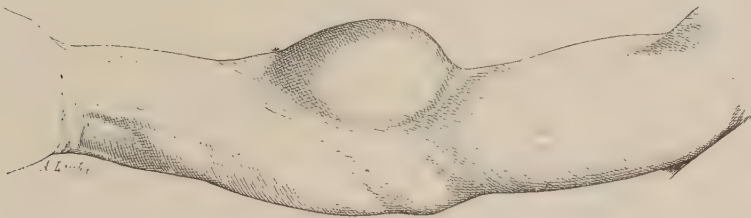


FIG. 610. — Abscès froid du long supinateur (tuberculose musculaire).

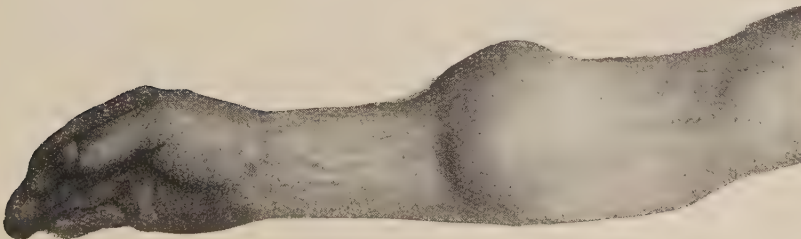


FIG. 611. — Anévrisme de l'avant-bras (radiale), consécutif à un coup d'épée datant de vingt-quatre ans

Si la tumeur était superficielle, saillante, dans le cas précédent, et révélait, au moindre palper, l'expansion et les battements caractéristiques, il arrive qu'elle se développe sous les muscles, dans la



FIG. 612. — Gros anévrysme diffus de la face antérieure de l'avant-bras : flexion de la main et des doigts.

profondeur, malaisément explorable et donnant l'impression d'un hématome, ou encore d'une suppuration profonde. J'ai incisé, chez un blessé de guerre, dont l'avant-bras avait été traversé par un petit éclat de grenade, une « collection » de ce genre, qui, un mois après la blessure, avait toutes les apparences d'un abcès : c'était un anévrysme, la compression fut exercée au bras, séance tenante, et je disséquai la poche, qui procédait, cette fois encore de l'artère radiale. Pareils accidents peuvent survenir à la suite des traumatismes « civils » ; en règle, *il faut toujours, aux membres, penser à l'anévrysme.*

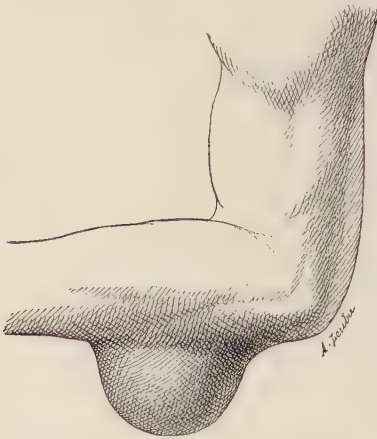


FIG. 613. — Lipome sous-cutané de la face postérieure de l'avant-bras.

Vous pourrez voir encore des **anévrismes diffus** de la face antérieure de l'avant-bras, qui croissent, s'étendent et se soulèvent d'heure en heure, et qui s'accompagnent souvent d'une flexion accusée de la main et des doigts (fig. 612).

Vous trouverez enfin des **tumeurs sous-cutanées**, tout extérieures, sans connexion avec le squelette ni avec les parties molles musculéo-aponévrotiques.

Je ne fais que rappeler les *kystes sébacés*, les *lipomes* (fig. 613), les *angiomes*, mais je voudrais signaler la tumeur, pendante, représentée figure 614 : c'était un *fibro-sarcome kystique*, sous-cutané, peut-être d'origine périostique.

Enfin **la peau** de l'avant-bras peut être le siège d'*ulcérations épithéliomateuses, syphilitiques, tuberculeuses*, d'*ulcérations inflammatoires chroniques*, dans certains métiers, etc.

La figure 615 représente un cas typique de tuberculose verru-

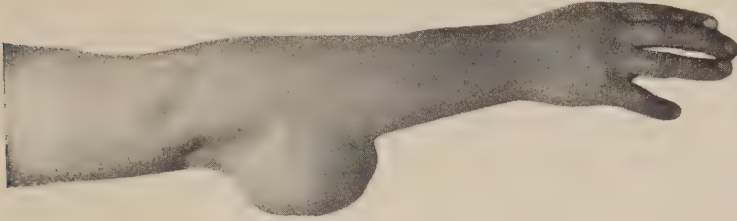


FIG. 614. — Fibro-sarcome kystique de la face postérieure de l'avant-bras.

queuse; l'affection datait de plus de vingt ans; elle avait été soumise à une série de traitements, qui, tous, s'étaient montrés inefficaces; la



FIG. 615. — Tuberculose verruqueuse ancienne de la main et de l'avant-bras.

douleur, l'enraidissement du coude, du poignet et des doigts, créaient une impotence complète et une situation des plus pénibles; la malade,

qui approchait de la soixantaine, réclamait instamment l'amputation, « pour vivre tranquille ses dernières années »; j'amputai le bras.



FIG. 616. — Amputation congénitale de l'avant-bras.

Je voudrais encore figurer ici deux types de **lésions congénitales de l'avant-bras**, anomalies tout exceptionnelles, mais dont il convient d'être prévenu :

1° une **amputation congénitale** de l'avant-bras au tiers supérieur (fig. 616);

2° une **absence du cubitus** dans ses deux tiers inférieurs, chez un garçon de douze ans; un « adipeux », chez qui, du reste, on ne relevait pas d'autre difformité.

L'avant-bras était incurvé en dedans (fig. 617); à la radiographie, le cubitus manquait dans ses deux tiers inférieurs, et n'était plus représenté que par son épiphyse déclive, et un noyau sus-jacent (fig. 618); le radius, fortement incurvé, était luxé à son extrémité supérieure.

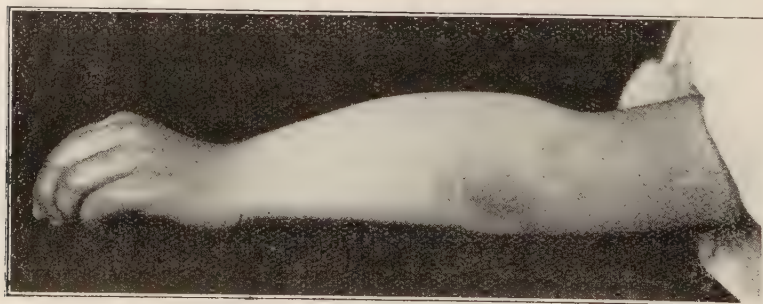


FIG. 617. — Absence congénitale du cubitus.

On peut observer également l'**absence de radius**, isolée, ou combinée à l'absence ou à l'arrêt de développement du pouce, du

1^{er} métacarpien, du trapèze, du scaphoïde — à la main-bote, à la syndactylie, etc. (Voy. *Main*.)

Signalons encore la *luxation congénitale de la tête radiale*, en avant,

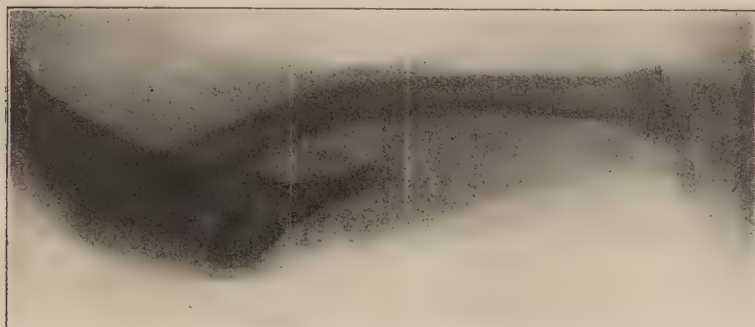


FIG. 618. — Absence congénitale du cubitus, dans ses deux tiers supérieurs.

en arrière, en dehors, « folle » parfois, en s'accusant dans tous les sens, au gré des mouvements du coude.

Ce sont des « raretés », mais dont il convient de garder le souvenir.

POIGNET ET MAIN

TRAUMATISMES

Chute sur la paume, plus rarement sur le dos de la main, inflexion latérale brusque, torsion de la main : poignet tuméfié, douloureux, plus ou moins impotent : **A QUOI PENSER? COMMENT EXPLORER?**



FIG. 619. — Fracture de l'extrémité inférieure du radius : dos de fourchette.

Regardez de côté la face dorsale du poignet, qui repose, par sa

face palmaire, sur le bord du lit, sur un bord de table : vous apercevez une déformation nette : le *dos de fourchette*, fixe, dont la saillie caractéristique (fig. 619) dénonce à première vue la *fracture de l'extrémité inférieure du radius* ; — un dos de fourchette, fixe encore, mais qui s'étend à toute la largeur de l'avant-bras (fig. 619 bis) : *fracture basse*, avec pénétration et inflexion postérieure, *des deux os* ; — une voussure postérieure, transversale, plus ou moins saillante, mais qui *s'affaisse et se réduit aisément*, pour reparaitre, dès que la pression cesse : *fracture transversale, libre*, sans engainement ni pénétration, *des deux os* ; — un relief transversal, en arête, en marche d'escalier, juxta-articulaire, qui revêt les apparences de la luxation du poignet, et qui se réduit, lui aussi, sous une simple pression : *fracture du bord postérieur de la surface*



FIG. 619 bis. — *Dos de fourchette transversal* : fracture des deux os, par retour de manivelle.

articulaire radiale, fracture marginale postérieure (de Rhéa-Barton).

Il est utile de se remémorer ces divers types de « déformation » du poignet, mais il ne suffit pas de les relever, et l'examen doit se compléter par la série d'explorations, qui vont être figurées. Il convient d'ajouter que *toute déformation apparente manque parfois*, même pour les **fractures de l'extrémité inférieure du radius** (chez les vieillards, en particulier).

C'est cette fracture qu'il faut chercher tout d'abord, en appliquant les manœuvres que voici — et ces manœuvres, vous ferez bien de les répéter toujours, même lors de déformation caractérisée.

Repérez, de bas en haut, sur les bords du poignet, les **apophyses styloïdes** radiale et cubitale. Sont-elles sur une ligne transversale (fig. 620), autrement dit, la « pointe » radiale est-elle remontée (elle est située normalement à 6, 7, 8 millimètres au-dessous de la pointe cubitale), vous conclurez à la fracture.

Notez que, même s'il n'y a pas de relief postérieur marqué, l'ascen-

sion de l'apophyse styloïde radiale entraîne toujours *l'inclinaison externe de la main* : suivez le 3^e métacarpien, par où passe l'axe médian de la main, et vous verrez que cet axe se continue, non plus directe-

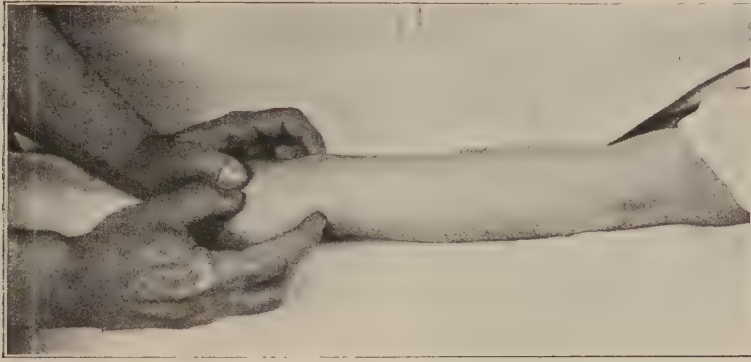


FIG. 620. — Exploration du poignet. On repère les apophyses styloïdes.

ment, mais par un angle ouvert en dehors, avec la ligne médiane postérieure de l'avant-bras. Et, du côté interne, la *tête cubitale* est plus ou moins *saillante*.

Suivez maintenant, de bas en haut, l'extrémité radiale, à la



FIG. 621. — Exploration de l'extrémité inférieure du radius.

recherche de la douleur locale, du relief, de la mobilité; en palpant, doigts en arrière, pouce en avant, pendant que la main est « empau-
mée », et peut être inclinée, relevée, tournée (fig. 621), vous serez dans les meilleures conditions pour découvrir la solution de continuité osseuse, qui ne s'accuse pas par une saillie apparente.

Les procédés représentés fig. 622 et 623 sont encore d'excellente pratique, pour dépister les fractures, qui ne se dénoncent ni par une

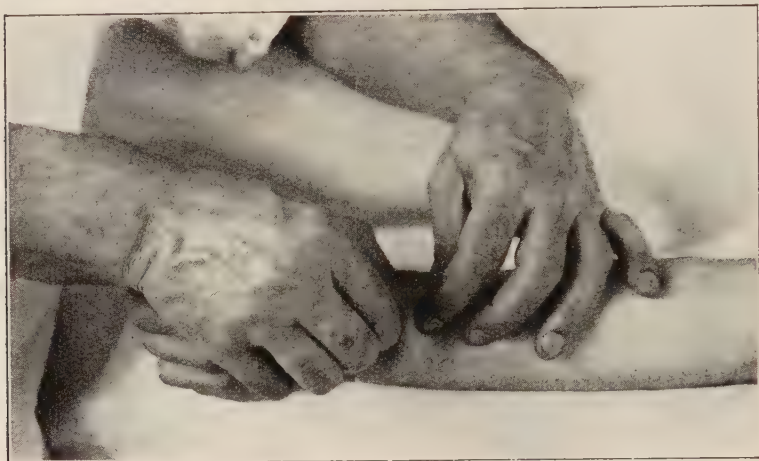


FIG. 622. — Exploration du radius, de bas en haut, avec les deux mains.

ascension notable de l'apophyse styloïde, ni par une appréciable déformation (pénétration ébauchée ou nulle) :

Fig. 622 : Pincez le radius entre le pouce et l'index, des deux mains,



FIG. 623. — Exploration radio-cubitale : fixation des deux extrémités osseuses, en arrière pendant qu'on relève le poignet.

qui remontent, l'une après l'autre, de bas en haut, palpant, comprimant, cherchant à mobiliser.

Fig. 623 : Fixez bien le devant du poignet sur un plan résistant, appliquez le pouce, le bout du pouce, verticalement, sur l'extrémité

radiale, et, pendant que vous appuyez, relevez le poignet; poursuivez de bas en haut : s'il y a fracture, vous sentirez un point qui cède, avec de la douleur, et quelque crépitation.

Revoyez les figures 621 et 623 : l'index droit (fig. 621), l'index gauche (fig. 623) est appliqué, en dedans du poignet, sur l'**apophyse styloïde du cubitus** : c'est qu'il faut toujours, en effet, explorer cette apophyse, souvent fracturée simultanément, et plus ou moins déplacée. — Il arrive qu'elle soit toute seule fracturée (avec entorse du poignet). — C'est la



FIG. 624. — Décollement épiphysaire du radius, avec chevauchement et « dos de fourchette ».



FIG. 625. — Fracture transversale basse, au-dessus de la ligne dia-épiphysaire, chez un garçon de douze ans.

radiographie, bien entendu, qui seule, précise, mais les données d'un premier examen local, bien conduit, n'en sont pas moins utiles.

Il faut se souvenir, chez les enfants, et les jeunes sujets au-dessous de dix-huit ou vingt ans, du **décollement épiphysaire**; vous le verrez le plus souvent avec les apparences de la fracture, il ne crépite pas, cependant; il se manifeste par de gros frottements sourds, et puis, son siège précis le signale, surtout à la radiographie. — Vous le verrez

aussi « très déplacé », le bout déclive se dessinant en relief à la face postérieure, en relief arrondi, dépressible, qui ne ressemble pas à la fracture (fig. 624). — Ne le confondez pas avec la fracture transversale, basse, d'un des os, ou des deux os (fig. 625), chevauchée ou non, qu'on trouve aussi chez les jeunes.

Vous ne trouvez rien aux apophyses styloïdes, à l'extrémité inférieure du radius, au cubitus : **entorse**. — Oui; mais les entorses peuvent être multiples dans ce damier articulaire du poignet : *radio-cubitale inférieure*, *radio-carpienne*, *médio-carpienne*, *carpo-métacarpienne* — en y ajoutant les entorses localisées à telle ou telle des petites articulations du carpe.

Il y a lieu d'être bien informé de l'**entorse radio-cubitale inférieure** : on pourrait en dire ce que nous dirons plus loin de l'entorse tibio-péronière au cou-de-pied : elle est constante, isolée ou associée à d'autres lésions ostéo-articulaires; dans tous les traumatismes du poignet.

Pour la constater, on repère, au bord interne du poignet, le relief arrondi de la tête cubitale, et l'index glisse, en dehors, dans un creux, dans un sillon, au fond duquel on tombe sur l'interligne radio-cubital : douleur aiguë; quelquefois, lors de rupture ligamentense, saillie anormale et « subluxation » de la tête cubitale. Il y a un intérêt particulier à rechercher et à reconnaître cette entorse radio-cubitale, surtout lorsqu'elle est isolée, car il y a des douleurs persistantes du poignet, après traumatisme, qui n'ont pas d'autre origine.

Quant aux entorses **radio-carpiennes**, **médio-carpiennes**, **carpo-métacarpiennes**, elles seront définies :

1° par la pression d'interligne exercée *sur les bords du poignet*, au-dessous des apophyses styloïdes (voy. fig. 620).

La figure 626 représente l'exploration de l'articulation trapézo-métacarpienne du pouce : sur une « transversale » menée de cette articulation, bien repérable et mobile, se trouve l'interligne carpo-métacarpien;

2° par la pression *dorsale*, exercée sur toute la surface postérieure du carpe, comme le montre la figure 627.

Mais cette figure et la figure 628 sont destinées surtout à représenter les meilleurs modes d'exploration, lors de **fractures** ou de **luxations carpiennes**.

C'est qu'il faut toujours « penser » au **carpe**, dans ces traumatismes du poignet. Les lésions en sont loin d'être rares; quelles lésions? *Fractures du scaphoïde ou du pyramidal, luxation dorsale du grand os, avec énucléation du semi-lunaire en avant* : ce sont là les plus fréquentes.

La radiographie permet seule de conclure, bien entendu; mais

l'examen local initial n'en est pas moins nécessaire : il fournit souvent de précieuses données, et, parce qu'il a été négligé ou mal con-

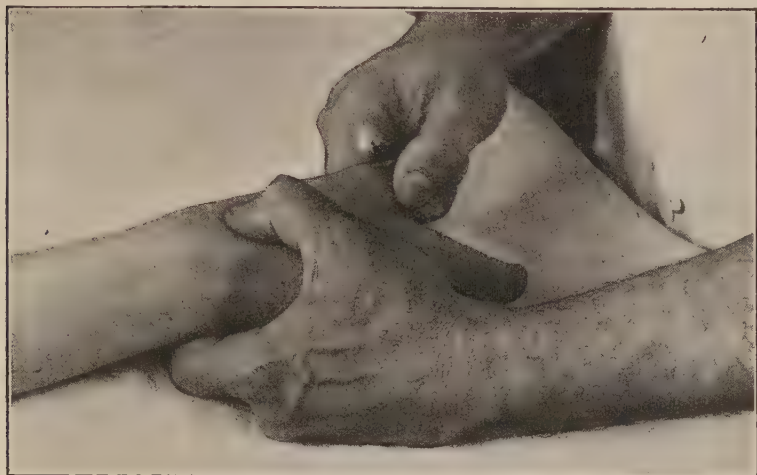


FIG. 626. — Exploration de l'article trapézo-métacarpien du pouce.

duit, et que, devant les résultats de cet examen insuffisant, on a également négligé la radiographie, on découvre parfois, à une date plus



FIG. 627. — Exploration du carpe, face dorsale : recherche du grand os.

ou moins ancienne, des lésions méconnues du carpe et des poignets impotents.

Le plus souvent, dans ces luxations et fractures du carpe, la main est en demi-flexion, fixe, un peu inclinée sur le bord radial; une voussure transversale, une sorte de dos de fourchette, trop bas situé, font

relief à la face dorsale; le poignet est épaissi d'avant en arrière, raccourci verticalement, et vous appréciez le raccourcissement au bord externe, où l'index qui repère l'apophyse styloïde radiale (fig. 628), la trouve toute proche, et presque au contact de la base du 1^{er} métacarpien.

Quoiqu'il en soit, explorez la face dorsale, en flexion (fig. 627), et cherchez le grand os; que votre pouce remonte le long du 3^e métacarpien: plus haut, vous êtes sur ce grand os, et, en fléchissant la main, vous constatez s'il est saillant, et s'il existe, au-dessus de lui,

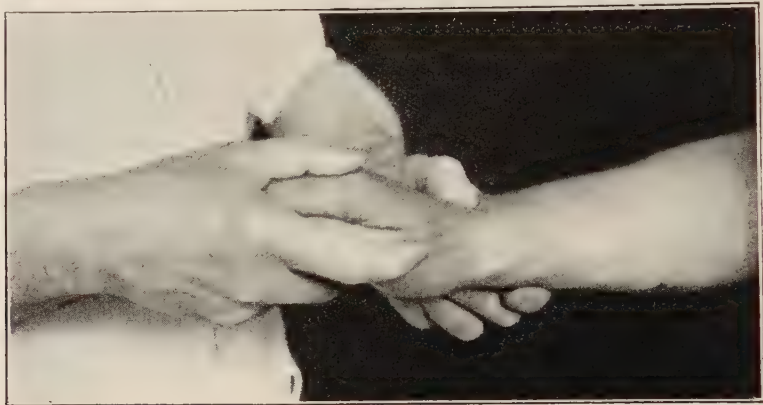


FIG. 628. — Exploration du carpe sur les deux faces et le bord externe.

une dépression brusque, au fond de laquelle on ne sent plus le semi-lunaire.

Explorez les deux faces, et le bord externe, dans l'extension (fig. 628). Voyez: votre index droit palpe la tabatière anatomique; elle est occupée par un relief osseux plus ou moins irrégulier, et douloureux, lors de fracture du scaphoïde; — votre pouce gauche est sur le grand os, vos doigts gauches recherchent, à la face antérieure, la saillie profonde, plus ou moins nette, que pourrait dessiner le semi-lunaire énucléé.

Pratiquées lentement, minutieusement, ces explorations vous donneront maintes fois, comme elles me les ont donnés à moi-même, je ne dis pas des diagnostics de certitude, mais des diagnostics de grande probabilité, qu'il faudra faire vérifier tout de suite radiographiquement, pour procéder sans retard aux interventions nécessaires (voy. *Chirurgie d'urgence*).

Nous n'avons pas parlé des *luxations du poignet*; on décrit la luxation radio-carpienne postérieure, antérieure, et l'on relève effectivement, en pratique, dans quelques rares cas, des déformations d'apparence caractéristique; mais ce ne sont pas des luxations, au

sens propre du mot, des déplacements articulaires, exclusivement articulaires et fixes; ce sont, presque toujours, *des fractures qui prennent figure de luxation*.

Je garde le souvenir, et le dessin, d'une « luxation dorsale du poignet », que j'observai, il y a de longues années, chez un « grand traumatisé »; l'aspect était typique et frappant : saillie dorsale, chevauchée sur l'extrémité antibrachiale déclive, convexe en haut; dépression transversale profonde, à la face palmaire du poignet. Cela se passait avant la radiographie, mais la netteté « morphologique » était telle, à la vue et au palper, que je me croyais bien, cette fois, « en possession » d'un exemple rare de luxation du poignet. Le blessé était mourant; je ne cherchai pas à réduire; à l'autopsie, je disséquai la pièce : c'était une fracture très basse, juxta-articulaire, du radius et du cubitus, avec déplacement, en arrière, du carpe, coiffé de deux minces fragments antibrachiaux.

Il arrive encore que l'on relève de semblables déplacements, en forme de luxation, dans les fractures, très mobiles et chevauchées, des deux apophyses styloïdes.

Et notez bien qu'il y a un réel intérêt pratique à ne pas confondre ces pseudo-luxations par fractures avec les luxations proprement dites : les luxations se réduisent plus ou moins difficilement, mais, une fois réduites, elles ne « bougent plus »; les pseudo-luxations par fractures se réduisent aisément, mais elles se reproduisent avec une pareille aisance; et, si l'on immobilise mal, après « réduction », on voit — et j'ai vu à maintes reprises — la déformation reparaître. Trop heureux, quand on ne s'aperçoit pas trop tard de cette réapparition.

On peut observer — et, cette fois, il s'agit de luxations vraies — des **luxations médio-carpiennes** ou **carpo-métacarpiennes**, mais ce sont là des accidents tout exceptionnels, et que la radiographie seule permet aussi d'authentifier.

Il en va autrement de certaines luxations, plus bas situées, à la main.

I. **Luxations du pouce**, métacarpo-phalangiennes du pouce.

Ce sont le plus souvent, des **luxations dorsales** et l'on connaît les trois types décrits par Farabeuf : luxations incomplètes — complètes — complexes.

En pratique, il faut retenir ceci :

Si le pouce *est à cheval, verticalement*, sur le métacarpien, c'est une « bonne » luxation; le ligament glénoidien et les sésamoïdes sont restés appliqués à la tête métacarpienne : vous réduirez facilement. Il s'agira d'une luxation *incomplète*, si la tête du métacarpien est peu

saillante et incomplètement découverte en avant; d'une luxation *complète*, si le métacarpien est très proéminent, et qu'un sillon profond le sépare de la phalange redressée (fig. 629).



FIG. 629. — *Luxation dorsale, complète, du pouce.*

(fig. 630), le pouce en flexion directe, ou bien, toujours fléchi, mais tourné en dedans, ou tourné en dehors (luxation en avant et en dehors, en avant et en dedans). Ici, la réduction est, en général, simple; mais on ne confondra pas ces luxations avec

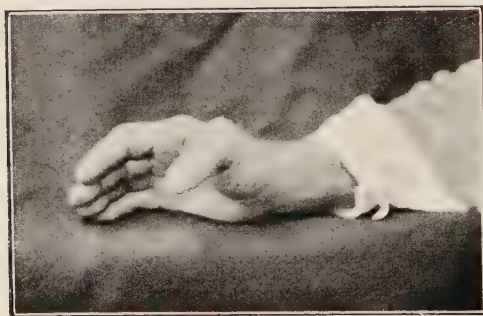


FIG. 630. — *Luxation palmaire du pouce.*

certaines fractures du col métacarpien. (Voy. plus loin.)

Il. **Luxations métacarpo-phalangiennes des quatre derniers doigts.** — Luxations *dorsales* le plus souvent; mêmes variétés qu'au pouce; si le doigt n'est pas relevé, mais étendu dans l'axe du métacarpien, concluez à la luxation complexe, avec interposition métacarpo-phalangienne du ligament glénoïdien.

Le pouce est-il *abaissé, parallèle, ou presque, à l'axe du métacarpien*, dont la tête saille au-dessous de lui, méfiez-vous : vous avez affaire à la luxation *complexe*; ligament glénoïdien et sésamoïdes ont été rabattus sur le dos du métacarpien; ils sont interposés entre la base phalangienne et la tête métacarpienne; ils font obstacle à la réduction : vous devrez les redresser, en relevant le pouce, et les faire glisser d'arrière en avant, pour réduire.

Vous verrez encore — rarement — la **luxation palmaire**

II. Luxations métacarpo-phalangiennes des quatre derniers doigts. —

Luxations *dorsales* le plus souvent; mêmes variétés qu'au pouce; si le doigt n'est pas relevé, mais étendu dans l'axe du métacarpien, concluez à la

luxation complexe, avec interposition métacarpo-phalangienne du ligament glénoïdien.

La luxation palmaire se voit aussi; elle peut être simulée, là encore, par une fracture du col métacarpien, la tête s'abaissant, pendant que le bout diaphysaire saille et se découvre; mais la saillie ne reproduit pas les contours arrondis de la tête métacarpienne; elle est en retrait, et le moindre essai de réduction provoque la crépitation.

III. **Luxations inter-phalangiennes des doigts**, — dorsales, palmaires, latérales. — Voyez la figure 631 : luxation dorsale de la



FIG. 631. — *Luxation inter-phalangienne de l'index*. — Exploration et réduction.

phalangine sur la phalange, à l'index; la manœuvre représentée est la meilleure qui soit pour faire le diagnostic, en repérant l'extrémité postérieure de la phalangine, déplacée et proéminente au-dessus de la phalange; et c'est également une manœuvre de réduction.

Enfin notez (fig. 632) la *flexion permanente de la phalangette*, par arrachement du tendon extenseur, que vous pourrez voir surtout aux doigts « longs »; médius, annulaire, index : le bout du doigt ne se relève plus, « tout seul »; vous le relevez, vous, sans difficulté¹.



FIG. 632. — *Flexion permanente de la phalangette*, par arrachement du tendon extenseur.

Restent les **fractures des métacarpiens et des phalanges**.

On repère une *fracture métacarpienne*, en pressant dans l'axe, comme figure 633, pour provoquer la douleur locale.

Signalons encore les fractures de l'extrémité postérieure du premier métacarpien (ou fractures de Bennett), qui, déplacées en arrière

(fig. 634), peuvent donner, à première vue, l'illusion d'une luxation trapézo-métacarpienne. Les fractures de l'extrémité antérieure, dites de Lenoir, sont courantes chez les boxeurs.



FIG. 633. — Pression dans l'axe d'un métacarpien, pour la recherche d'une fracture.

Quant aux *fractures des phalanges*, il convient de se souvenir : 1° que certains traits diaphysaires, sans déplacement, ne se reconnaissent qu'à la douleur locale, à l'ecchymose, à une certaine mobilité ;

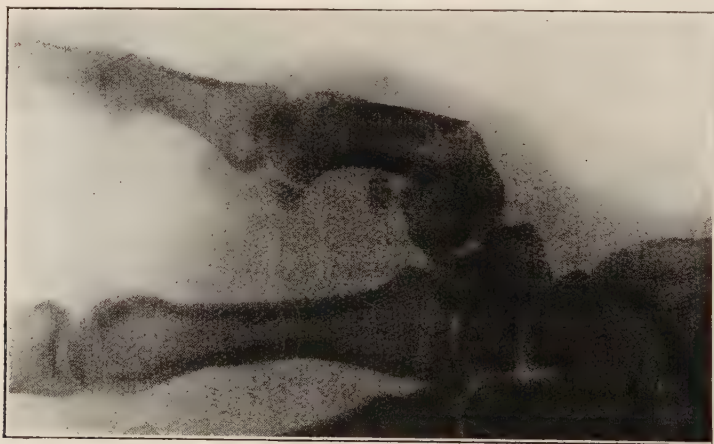


FIG. 634. — Fracture de la base du premier métacarpien (fracture de Bennett).

2° que les fractures des extrémités sont toujours à différentier des luxations ; 3° que, lors de déplacement, le doigt peut être coudé latéralement, infléchi en arrière ou en avant, raccourci, et que ces déformations se retrouvent dans les fractures mal consolidées.

AFFECTIONS PHLEGMONEUSES AIGÜES DU POIGNET ET DE LA MAIN

Sous ce titre, on peut inscrire : le **panaris** et ses complications — certains phlegmons et **abcès de la paume** et des éminences thénar et hypothénar, sans panaris initial — les **ostéomyélites** des métacarpiens et des doigts.

Je signale seulement la *tourmole*, et le *panaris sous-cutané*, en

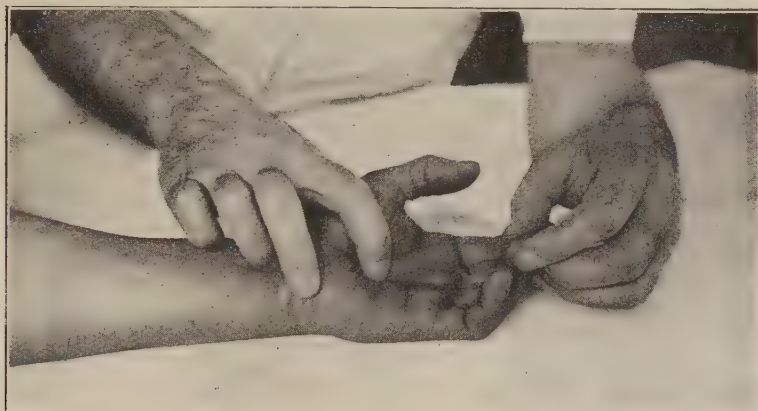


FIG. 635. — *Panaris profond du médius : exploration.*

rappelant que, dans cette seconde forme, il y a souvent contraste entre le gros *œdème dorsal* et la plaque épaisse, tendue, rougeâtre, presque dure, qui occupe le devant du doigt : c'est la douleur aiguë, locale, repérée avec une pointe de stylet ou de crayon, — et non la fluctuation, le plus souvent — qui dénonce l'abcès — et qui commande d'inciser.

Dans le **panaris profond** (panaris de la gaine, panaris osseux), le doigt s'infléchit, et tout essai de redressement est enrayé par une douleur intolérable. Jusqu'où remonte cette douleur? Jusqu'où relève-t-on de l'œdème profond, de la tuméfaction ascendante, de la fluctuation même, le long de la gaine? C'est là ce qu'il faut rechercher, tout de suite. — Et comment?

Voyez la figure 635 : panaris du *médius*, panaris profond; le doigt est rétracté en flexion; cherchez à l'étendre, de la main gauche, pendant que votre index droit explore la paume, en remontant. La gaine, ici — et il en est de même pour l'index et l'annulaire — ne se prolonge pas jusqu'au poignet; elle se termine dans la paume, plus ou moins haut, mais, suppurée, elle peut donner lieu à un abcès palmaire.

Le péril est autrement grave au *pouce* et au *petit doigt*, où la gaine remonte au-devant du poignet, à l'avant-bras. Explorez donc cette gaine au-dessous et au-dessus du ligament annulaire (fig. 636); vous constaterez parfois de la fluctuation profonde, « qui se transmet »; ailleurs une masse épaisse, douloureuse, ascendante, avec œdème superficiel, et dont la signification est, pratiquement, la même. « La gaine est prise » sur toute sa hauteur, jusqu'au cul-de-sac anti-branchial; il faut l'inciser « sur toute sa hauteur », en sectionnant le ligament annulaire (voy. *Chirurgie d'urgence*).

Ce diagnostic n'est pas, du reste, toujours fait de bonne heure, ni



FIG. 636. — Panaris du pouce : exploration de la gaine.

l'indication remplie; vous verrez parfois d'énormes mains « en battoir », représentant une sorte de bloc phlegmoneux, et même fistuleux déjà, par places. Il faut penser alors à la diffusion éventuelle, au poignet et surtout aux *articulations carpiennes*, du processus infectieux. La main est complètement immobilisée, et le moindre essai de mouvement entraîne un paroxysme de douleur; on retrouve cette douleur, au palper, sous les apophyses styloïdes, à la face dorsale du poignet et du carpe; la nappe d'œdème phlegmoneux enveloppe le poignet sur tout son pourtour et figure une gaine proéminente, circonférentielle.

C'est en pareils cas que l'incision profonde vous conduira sur un carpe suppuré, dont les os seront détachés et nécrosés. Il m'est arrivé d'extirper ainsi, à la curette, sans le moindre effort, la presque totalité des deux rangées carpiennes, et l'on peut se demander, dans ces conditions, si cette résection étendue, en foyer suppuré, est encore légitime, et si, parfois, l'exérèse totale, l'amputation, ne serait pas préférable,

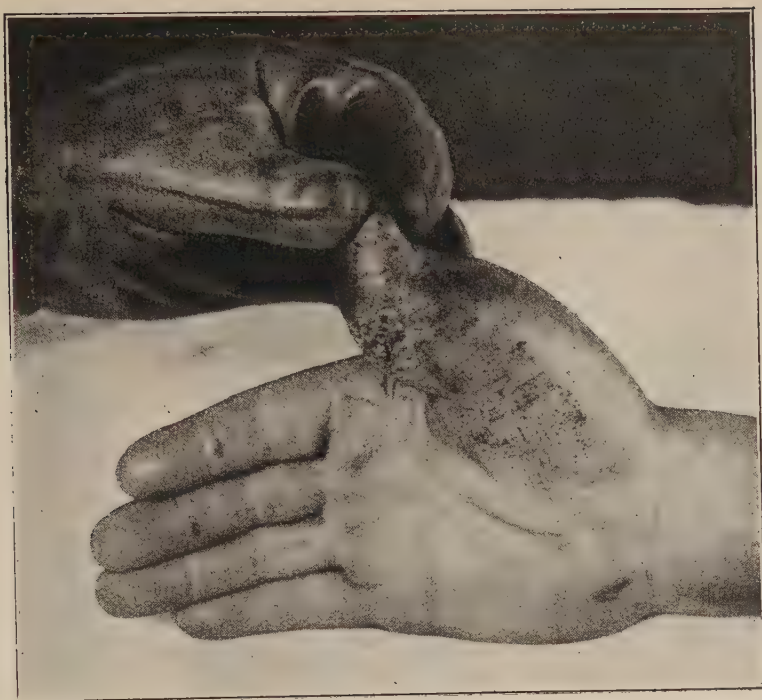


FIG. 637. — Panaris osseux et fistuleux, ancien, du pouce.



FIG. 638. — Panaris ancien du pouce : recherche de la dislocation inter-phalangienne et du frottement osseux.

Ailleurs, — et sans que les gaines ni les articulations soient intéressées — vous rencontrerez des **panaris anciens, osseux, fistuleux**, et qui, au premier aspect, soulèvent cette question de l'avenir réservé encore au traitement local, ou de la nécessité d'une « exérèse ». Et la question est particulièrement angoissante au pouce.

Voyez (fig. 637) ce pouce énorme, troué de fistules, de peau infiltrée et ulcérée, et dont la tuméfaction remonte à l'éminence thénar : palpez-le, et, avant tout, explorez les articulations.

En saisissant la phalange unguéale, pendant que vous immobi-



FIG. 639. — Panaris ancien du pouce : exploration de l'article métacarpo-phalangien sur la face dorsale.

lisez, de l'autre main, la 1^{re} phalange (fig. 638) : vous apprécierez la mobilité anormale, la dislocation, de l'article inter-phalangien, et le « frottement osseux », qui témoigne de l'arthrite suppurée et de la nécrose des extrémités articulaires.

Explorez également l'articulation métacarpo-phalangienne, d'abord au niveau de l'interligne dorsal (fig. 639), puis en pincant la tête du métacarpien entre le pouce, palmaire, et l'index, dorsal (fig. 640).

Dans le cas ici représenté, il n'y avait pas de frottement osseux, ni de mobilité latérale, dans l'articulation métacarpo-phalangienne : la tête et le col du métacarpien étaient indolents à la pression, sans déformation, sans épaissement périphérique ; en déprimant sous l'article métacarpo-phalangien (fig. 640) on pénétrait, sans interposition, jusqu'à la tête métacarpienne et l'on reconnaissait nettement la limite de l'épaisse masse phlegmoneuse, qui enveloppait le pouce. — C'était

là une donnée d'importance capitale : après de larges débridements,

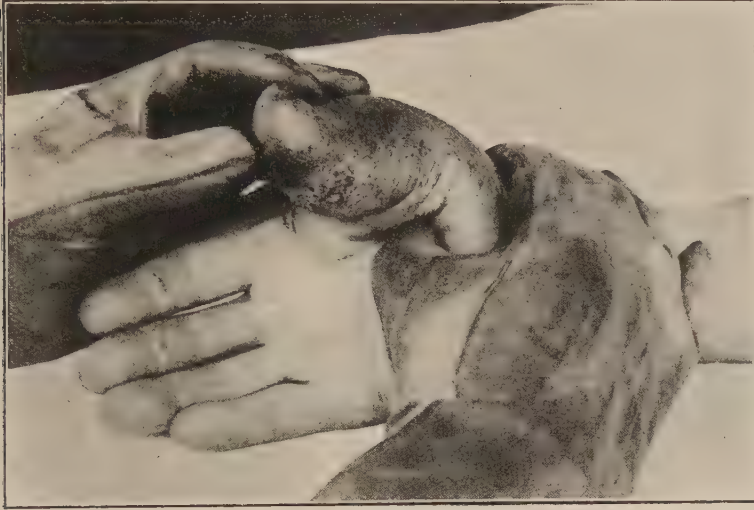


FIG. 640. — Panaris ancien du pouce : exploration de l'article métacarpo-phalangien ; emprise de la tête métacarpienne entre le pouce et l'index.

et la résection de l'article inter-phalangien, le pouce « finit » par guérir, raccourci, raide, mais mobile sur le métacarpien, et « opposable ».



FIG. 641. — Pouce raccourci et rétracté, à la suite d'un panaris avec phlegmon de la gaine : il sert encore, les doigts, mobiles, « faisant pince » avec lui.

Telle est, en effet, la condition fonctionnelle maîtresse : l'**opposition** effective de ce qui reste du pouce ; et notez bien que le mouvement

d'opposition a son siège dans l'articulation trapézo-métacarpienne; même si la « métacarpo-phalangienne » est intéressée et qu'elle soit



FIG. 642. — Rétraction des deux derniers doigts, consécutive à un panaris de l'auriculaire avec phlegmon de la gaine.

finalement enraidie, le bout de pouce pourra servir, et d'autant plus qu'il sera plus long.

La situation est souvent toute différente à la suite du panaris avec



FIG. 643. — Déformation post-traumatique de la main : médus raide, épaissi, rétracté vers la paume.

phlegmon de la gaine; un moignon de pouce est, cependant, presque toujours utile. Voyez la figure 644 : ce petit pouce, rétracté, peu mobile, servait encore, les doigts, libres, se mettant en contact avec lui, pour « former pince ».

Aux doigts, il y a lieu de distinguer l'ankylose complète et l'ankylose incomplète, *en flexion et en extension*. La figure 642 montre une déformation secondaire fréquente, à la suite du panaris du petit doigt propagé à la gaine : la rétraction en flexion des deux derniers doigts. — Vous observerez pareille inflexion permanente, et plus ou moins accusée, sur l'index, le médius ou l'annulaire, à la suite du panaris profond de tel ou tel de ces doigts : la gêne fonctionnelle varie beaucoup, et l'évaluation n'en peut être qu'« individuelle ». En tout cas, elle est toujours moindre que celle qui procède d'une ankylose en extension, du doigt « raide et droit ».

Ces réflexions — qui pourraient être longuement développées — s'appliquent aux déformations de la main, aux *mutilations des doigts, qui succèdent aux traumatismes*. Deux exemples seulement :

Figure 643 : Moignon du médius, raide, épaissi, rétracté vers la paume — très gênant ; l'excision en est pratiquée, comme pour les doigts ankylosés en rectitude, après certains panaris ;

Figure 644 : Écrasement étendu de la main ; tous les doigts ont disparu ; le pouce reste, intact, mobile ; il « fait opposition » avec le moignon de la région métacarpienne : la main rend toujours des services.



FIG. 644. — Déformation post-traumatique de la main : disparition de tous les doigts ; le pouce, mobile, « fait opposition » avec le moignon métacarpien.

Vous verrez, du reste, à la main et au poignet, des suppurations, des **abcès, qui ne procèdent pas du panaris et de ses complications**, qui ne siègent pas dans les gaines, mais dans les espaces conjonctifs sous-cutanés ou profonds : ce sont, à proprement parler, *des abcès lymphangitiques*, ayant pour point de départ une érosion, une piqûre, une petite zone d'inoculation digitale, qui, souvent, n'a pas laissé de traces. Quelques-uns de ces abcès sont à signaler particulièrement :

L'abcès de l'éminence thénar (fig. 643), qui fait bosse à la face palmaire, et qui remplit, en arrière, le premier espace inter-métacarpien ; il est, en général, inter-musculaire, et s'ouvre au mieux par l'incision de la commissure du pouce et de l'index ;

L'abcès médian de la paume, qui ne remonte pas au poignet; qui peut être, d'ailleurs, sous-cutané ou sous-aponévrotique, et, dans ce dernier cas, s'accompagne, d'ordinaire, d'un œdème dorsal considérable et d'une rétraction en flexion de tous les doigts;

Certains **abcès de la face antérieure de l'avant-bras**, au-dessus du poignet, plus haut parfois. L'observation n'en est pas exceptionnelle, et ils valent d'être connus.

J'ai le souvenir d'une toute jeune femme, qui, à la suite d'une banale piqûre du pouce, avait été prise de frissons et de fièvre; le pouce était un peu rouge et douloureux; la fièvre se maintenait à 38° 5, 39°, depuis cinq jours, en dépit de toutes les thérapeutiques instituées; une voussure, vaguement arrondie, œdémateuse, douloureuse, avait paru à l'avant-bras, en dehors, au-dessus de l'éminence thénar. Le mari, un jeune collègue, médecin des plus instruits et des plus sympathiques, songeait au phlegmon de la gaine, ou même à la septicopyohémie menaçante. La gaine était indemne : le palper de la face antérieure du pouce et de l'éminence thénar, la mobilité du pouce, en donnaient la preuve; une incision, pratiquée, à l'anesthésie locale, sur la voussure de l'avant-bras, évacua une cuillerée à soupe de liquide séro-purulent : la fièvre tomba, la guérison fut des plus simples.

C'était un *abcès lymphangitique* de l'avant-bras, en voie de formation. — Vous verrez parfois, et dans les mêmes conditions, de plus gros abcès, sous-cutanés ou profonds.



FIG. 645. — *Abcès de l'éminence thénar.*

Quant à l'**ostéomyélite des phalanges**, elle revêt souvent les apparences du panaris; il faut y penser, chez les jeunes, et le diagnostic en peut être fait, si l'on se souvient que l'infection locale débute alors « par l'os », sans que l'on ait à relever les diverses étapes du panaris sous-cutané et profond; que la tuméfaction inflammatoire du doigt est circonférentielle; que la rétraction en flexion manque souvent; que les accidents fébriles et généraux sont parfois d'une intensité frappante, dès le début. Enfin l'ostéomyélite laisse assez souvent derrière elle une nécrose totale de la phalange.

On n'oubliera pas, non plus, l'**ostéomyélite des métacarpiens**. Cette fois, le panaris n'est plus à évoquer; vous trouvez, sur le dos de la main, une voussure allongée dans l'axe de tel ou tel métacarpien, épaisse, œdémateuse, plus tard fluctuante (l'aspect est assez souvent celui de la figure 649, plus loin); en déprimant les espaces interosseux limitrophes, et aussi, en palpant, par la pau-



FIG. 646. — Ostéomyélite chronique du 2° métacarpien.

me, on provoque la douleur osseuse à l'une ou à l'autre extrémité du métacarpien.

Ces *ostéomyélites métacarpiennes* se présentent aussi sous la *forme « chronique prolongée »*, et, après guérison de la crise aiguë initiale et cicatrisation, vous pourrez rencontrer de gros métacarpiens, comme celui de la figure 646, qui restent souvent douloureux, et tout prêts à devenir ultérieurement le point de départ de poussées nouvelles.

Ailleurs, vous trouverez des **fistules ostéo-**



FIG. 647. — Fistules ostéomyélitiques du dos de la main.

myélitiques du dos de la main; voyez la figure 647 : trois fistules, au niveau du 2^e et 4^e métacarpiens. L'histoire antérieure



FIG. 648. — Ostéite tuberculeuse de la tête du 4^e métacarpien.

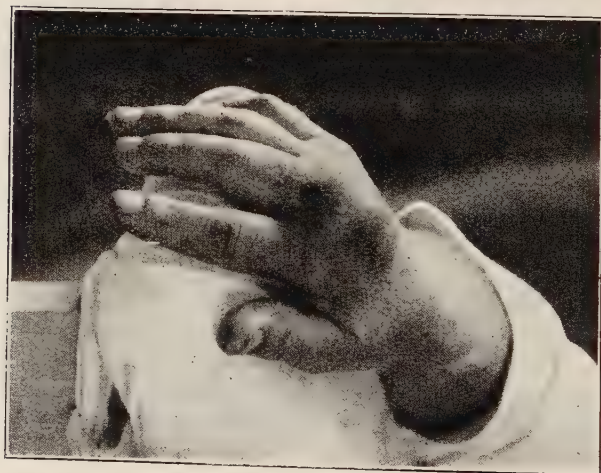


FIG. 649. — Abscès froid du dos de la main, d'origine métacarpienne.

était démonstrative : il s'agissait d'une infection staphylococcique aiguë, à localisations multiples. Par les fistules, on péné-

trait, du reste, sur de l'os dénudé, compact, dur, sans fongosités.



FIG. 650. — *Spina ventosa* bilatéral.

On devra toujours, bien entendu, dans ces conditions, soulever et discuter l'hypothèse de la **tuberculose métacarpienne isolée**, qu'elle se présente sous la forme d'une masse osseuse non ramollie encore, occupant la continuité de l'os, ou l'une des extrémités, surtout l'extrémité antérieure, la tête (fig. 648); — ou qu'elle s'accuse par un abcès froid dorsal « dans l'axe » du métacarpien (fig. 649) — plus tard par une ou plusieurs fistules dorsales. —

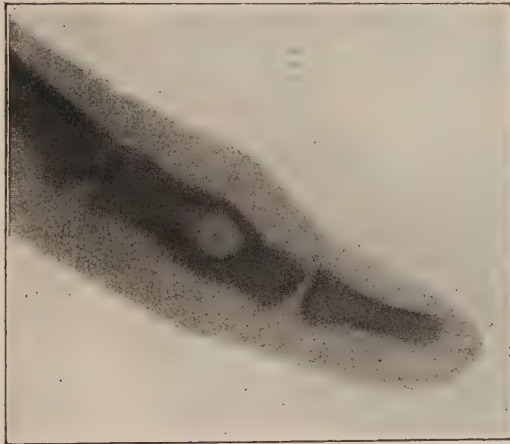


FIG. 651. — *Spina ventosa* : radiographie.

Cette tuberculose métacarpienne ne reste pas, du reste, isolée au cours de son évolution; elle peut s'étendre, en avant, à l'arti-

culation métacarpo-phalangienne et au doigt, en arrière, du carpe.

Il en est de même **aux doigts** : vous aurez assez souvent à faire le départ entre l'*ostéite chronique*, fistuleuse, consécutive à un panaris profond, — l'*ostéomyélite chronique*, — la *tuberculose*, fistuleuse ou non ; — et, là encore, la syphilis (*dactylite syphilitique*).

La tuberculose osseuse des phalanges, ou **spina ventosa**, souvent multiple, affecte, du reste, une forme caractéristique, dont témoigne la figure 630.



FIG. 652. — Panaris de Morvan.

Et vous avez figure 631 l'explication de cet aspect fusiforme de la phalange ; foyer tuberculeux central, gaine osseuse soulevée, « soufflée », tout autour.

Il convient enfin de rappeler encore ici la maladie de Raynaud — et le panaris analgésique de Morvan.

La **maladie de Raynaud** ou **gangrène symétrique des extrémités**, n'affecte aucun caractère inflammatoire : elle s'accuse d'abord par le « doigt mort » ; puis les bouts digitaux deviennent violacés, (*asphyxie locale*), froids, et cela symétriquement, aux deux mains ; — enfin le sphacèle survient, noir, sec, par plaques, ou total, et remontant plus ou moins haut sur les doigts.

L'élimination est fort lente : elle laisse des doigts effilés, parcheminés, blanchâtres, si la gangrène a été superficielle, ou se traduit par des « pertes digitales » multipliées.

La **maladie de Morvan**, elle, se présente, assez souvent, au début, comme un panaris banal, qu'on incise ; mais l'incision ne provoque aucune douleur, et cette analgésie, qui surprend, est un premier indice.

D'autre part, ces *panaris analgésiques* se multiplient, à l'une des mains, ou aux deux mains ; ils sont profonds, nécrosants, et le bout des doigts s'élimine, à une hauteur variable (fig. 632).

Ils relèvent de la syringomyélie.

ARTHRO-SYNOVITES, AIGÜES ET CHRONIQUES

Elles se caractérisent aussi par des « signes d'exploration », qu'il faut connaître et rechercher méthodiquement.

En dehors du traumatisme, l'**arthrite aiguë du poignet** est le plus souvent *blennorragique*, et se présente alors sous des traits bien accusés : gros œdème, rosé, rouge vif parfois, surtout développé à la face dorsale, et se prolongeant, fusiforme, sur le dos de la main et de



FIG. 653. — Zones accessibles de l'articulation du poignet : fossette en dedans du tendon du Long Extenseur du pouce ; — interstice des deux tendons cubitaux.

l'avant-bras ; — poignet immobilisé, douloureux, et dont la douleur s'accroît et devient intolérable, à la moindre secousse, à la moindre ébauche de mouvement involontaire. Cela vous suffit, et vous ne devrez l'explorer, ce poignet, qu'avec la plus grande douceur : la moindre pression latérale, sous-styloïdienne, la moindre pression dorsale, le moindre essai de mouvement, en avant, en arrière, sur le côté, provoquent une réaction douloureuse, plus que démonstrative. Toutefois, ne vous laissez pas tromper par l'aspect phlegmoneux de certains de ces poignets, tuméfiés et rouges : il n'y a pas de pus ; il n'y a qu'un gros œdème, que votre index déprime en godet.

Mais, à un stade un peu plus avancé, dans l'arthrite blennorragique — et aussi, dans certaines arthrites du poignet, consécutives à des infections générales, grippe, fièvre typhoïde, fièvres éruptives

(j'en ai vu deux cas, l'an dernier), — il y a du pus, qu'il faudrait évacuer, et l'arthrotomie serait indiquée. Mais où donc constater et aborder cet épanchement articulaire?

Figure 653: *au bord externe*, faites saillir, par l'extension et l'abduction du pouce, le tendon du Long Extenseur; si vous ne le voyez pas, ou mal, vous le sentez toujours: en dehors, une dépression, la tabatière anatomique; *en dedans*, une autre dépression symétrique, à l'état normal, intermédiaire au tendon du Long Extenseur du pouce et aux tendons extenseurs de l'index; l'artère radiale est tout au fond. C'est là que l'articulation radio-carpienne est accessible et à découvert; c'est cette dépression que vous trouvez comblée, saillante, épaissie, fluctuante même, lors de certains épanchements articulaires du poignet — et c'est là qu'il convient d'inciser.

En dedans, quel que soit l'œdème, vous pourrez reconnaître le pisiforme, d'une part, et, derrière, l'extrémité postérieure du 5^e métacarpien; les tendons cubitaux, antérieur et postérieur, s'attachent à ces deux saillies osseuses. Entre ces deux tendons, l'article radio-carpien est également accessible, et vous pouvez y dépister une collection profonde, et l'inciser.

L'arthrite s'associe parfois à une synovite palmaire, qui se manifeste, en avant, par son relief particulier (voy. fig. 654).

Il vous arrivera — plus rarement — d'avoir affaire à des **synovites aiguës**, sans arthrite — synovites *blennorragiques*, par exemple; — la saillie antérieure des gaines distendues; la douleur localisée au palper de ces gaines; la douleur qui s'accuse à l'extension du poignet (tiraillement des gaines), et qui reste très atténuée ou nulle dans la flexion; l'absence de douleur à l'exploration latérale ou dorsale du poignet, fourniront la preuve que l'articulation est indemne, et les gaines seules intéressées: synovite sans arthrite.

Dirai-je que, dans ces arthrites, ces synovites, ces arthro-synovites aiguës, il ne faut jamais oublier la tuberculose, qui peut s'afficher, ici comme partout, par des accidents aigus? — Mais ce sera surtout dans les formes chroniques — à rappeler maintenant — qu'elle se présentera.

Il y a lieu de rappeler d'abord les **synovites chroniques**, qui, développées autour et le long des tendons, se qualifient et se reconnaissent par ces connexions même, quelle qu'en soit, du reste, la forme, *sèche, crépitante, séreuse*. On peut les rencontrer, non seulement à la face palmaire, mais en arrière, en dehors; c'est *au bord externe du poignet*, en particulier, au niveau des tendons du pouce, que vous constaterez l'*ai douloureux*. Suivre les tendons sur leur continuité; empaumer le poignet circulairement, et faire jouer les tendons: tels sont les deux modes d'exploration courante.

En avant, l'épanchement des gaines se manifeste, en général, par un double relief, s'accusant au-dessous et au-dessus du ligament annulaire — et par la fluctuation transmise d'un relief à l'autre. La figure 654 montre le procédé à employer pour mettre en évidence ce flot transmis. Et l'expression n'est pas toujours, notez-le bien, d'une parfaite exactitude : il y a des poches très tendues, remplies « à plein », où la fluctuation n'est nullement « évidente », où elle est remplacée par une sorte de *vibration transmise*, vibration qui, s'associant à la forme, régulièrement convexe, et lisse, des deux culs-de-sac, antibrachial et palmaire, n'en donne pas moins l'impression nette d'une poche liquide.

Par la même manœuvre (fig. 654), vous relèverez le bruit de chaînon, la grosse crépitation, mousse et fuyante, caractéristique de la **synovite à grains riziformes**, tuberculeuse.

Les synovites « à grains » occupent assez souvent les deux gaines palmaires, tout le devant du poignet; elles peuvent être d'un grand volume, et remonter haut à l'avant-bras : la moindre exploration est alors démonstrative; mais vous trouverez parfois des synovites à grains riziformes, de développement médiocre, qui débordent peu le bord supérieur du ligament annulaire, et dont le cul-de-sac supérieur est surtout rétro-tendineux : c'est en insistant sur le double palper représenté figure 654, que vous réussirez à les repérer.



FIG. 654. — Exploration d'une synovite du poignet ; pression alternative dans la paume et au-dessus du ligament annulaire.

Il arrive enfin que ce double palper ne révèle aucune transmission de liquide ou de grains; la gaine est tuméfiée, irrégulièrement épaissie, sur toute sa hauteur, ramollie par places : **synovite fongueuse**.

Dans ces synovites fongueuses, on ne manquera pas de toujours penser à l'articulation; sans doute, elles sont assez souvent isolées, le poignet et le carpe indemnes au-dessous d'elles; mais vous ferez

toujours bien de vous assurer de cette intégrité articulaire. Comment ? Par le palper sous-styloïdien, par le palper dorsal, par les épreuves de mobilisation du poignet, qui se montre libre et indolent dans la flexion, dans l'inclinaison latérale (par la radiographie, bien entendu). Nous allons y revenir, à propos de la tumeur blanche du poignet.

Avant d'arriver au stade de tumeur blanche, l'OSTÉO-ARTHRITE



FIG. 655. — *Examen des deux poignets et des deux mains, rapprochés symétriquement.* Atrophie musculaire à l'avant-bras droit; — poignet droit plus large; — apophyse styloïde radiale saillante. (Il s'agissait d'un foyer d'ostéite tuberculeuse, occupant cette apophyse, et d'une ostéo-arthrite commençante.)

TUBERCULEUSE DU POIGNET a suivi, d'ordinaire, une longue évolution, et c'est précisément au cours de cette évolution initiale, qu'il y a un particulier intérêt à en faire le diagnostic.

Mouvements gênés, douloureux; atonie, atrophie rapide des muscles de l'avant-bras : *premiers indices*; — *regardez* le poignet, sur le dos, sur les bords, en avant. L'inspection des deux poignets et des deux mains, rapprochés symétriquement, comme figure 655, est toujours fort utile : vous décelerez, de la sorte, un certain élargissement du poignet; un « poignet rond »; une voussure, de contour imprécis, à la face dorsale, au niveau d'un des bords (fig. 655 : apophyse styloïde radiale, saillante).

Au palper, vous cherchez la douleur locale, et l'épaississement mollasse, plus ou moins dépressible, fongueux; et tout naturellement, l'examen est poursuivi, en arrière (voyez figure 627), sur toute la largeur du poignet; latéralement sous les apophyses styloïdes (voyez figure 628); en avant, où la tuberculose des gaines, primitive ou secondaire, s'observe souvent, comme nous le rappelions tout à l'heure : Enfin, explorez toujours les ganglions sus-épitrochléens et axillaires.

Plus tard, — lors de **tumeur blanche** définitivement établie, — l'aspect du poignet est caractéristique (fig. 656, 657 et 658) : il figure

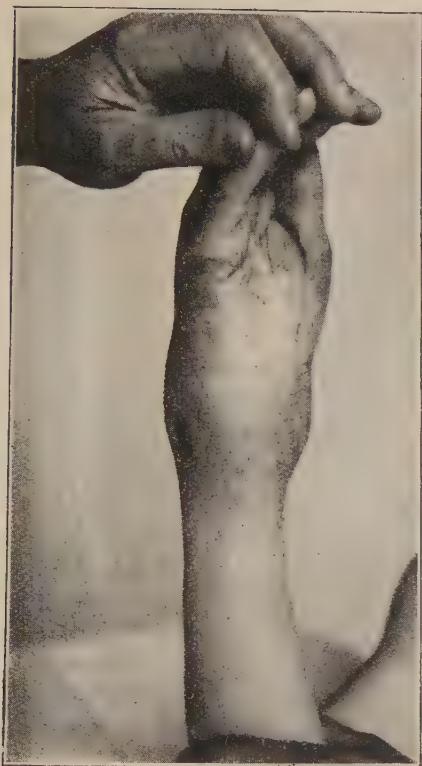


FIG. 656. — Tumeur blanche du poignet : vue antérieure.



FIG. 657. — Tumeur blanche du poignet : vue postérieure.

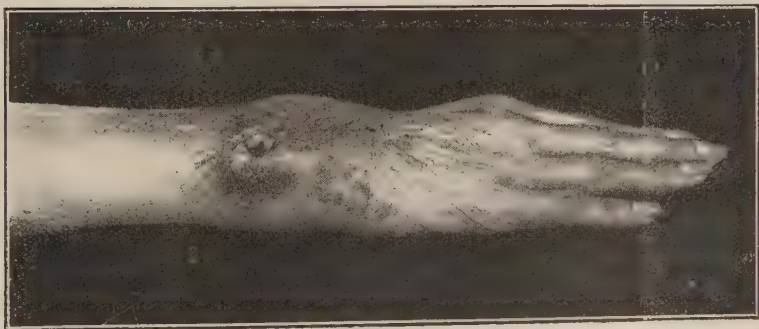


FIG. 658. — Tumeur blanche du poignet : forme antibrachiale, lésions prédominantes à l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras.

une masse fusiforme, appendue à un avant-bras amaigri et atrophie, et d'où se détachent, en bas, les quatre doigts et le pouce, allongés, effilés, atrophies.

Ce qu'il convient d'établir, en pareil cas, c'est l'*extension* du processus fongueux. Peut-on réséquer encore? Faut-il amputer? — Je n'ai pas besoin de répéter que la radiographie est un élément nécessaire d'interprétation.

TUMEURS DE LA MAIN ET DES DOIGTS

Tumeurs des **parties molles**; tumeurs **osseuses**.

Aux **parties molles**, vous rencontrerez, superficiellement, le *Papillome*, qui figure une (ou plusieurs) petites masses végétantes, saillantes, douloureuses au frottement, qui saignent parfois; l'abrasion



FIG. 659. — *Épithélioma végétant, en champignon, du dos de la main.*

ne suffit pas à prévenir la récurrence, si elle n'intéresse pas le derme à une certaine profondeur, en excisant toutes les « racines »; — l'*épithélioma cutané*; il se présente sous deux formes, à signaler, pour qu'on les reconnaisse: — la *plaque ulcérée épithéliomateuse*, au dos de la main, aux doigts, à la sertissure unguéale; — l'*épithélioma végétant, en champignon*, sur le dos de la main (fig. 659).

Sous la peau, il y a lieu de penser toujours aux **tumeurs vasculaires**, non qu'elles soient fréquentes, mais parce que certaines d'entre elles peuvent conduire à des erreurs de diagnostic, et à des interventions « avec surprises ». Pour peu qu'on palpe, l'*anévrisme palmaire*, d'ailleurs exceptionnel, se décèle aisément, à l'expansion, aux battements; — l'*anévrisme cirsoïde*, exceptionnel aussi, pulsatile, également, spongieux, molasse, dépressible, et le plus souvent accompagné de dilatations ascendantes des artères et des veines de l'avant-bras et du bras, se reconnaîtra également. — La situation est un peu dif-

férente, pour certains *angiomes*, superficiels, ou profonds, qui, eux, ne sont pas très rares, qui ne battent pas, qui s'affaissent et se dépriment sous les doigts, et qui donnent l'illusion de kystes peu tendus — ou de lipomes mous : si l'on opère, on trouve une masse feutrée, qui s'affaisse et saigne abondamment, et l'on peut être dérouteré par cette hémorragie. Un cas de ce genre s'est encore présenté dans mon service, l'hiver dernier. Il faut extirper largement ces tumeurs angiomeuses, après hémostase préventive.

Je note seulement les **kystes** — kystes sébacés, hydatiques, dermoïdes — de la main et des doigts; et je veux insister sur les **lipomes**, les lipomes palmaires, sous-aponévrotiques, mous, presque fluctuants, et qui peuvent donner le change avec une synovite.

Je reproduis ici (fig. 660) la main droite du sujet neuro-fibromateux, représenté plus



FIG. 660. — La main droite d'un sujet atteint de neuro-fibromatose généralisée. (Voy. fig. 125).

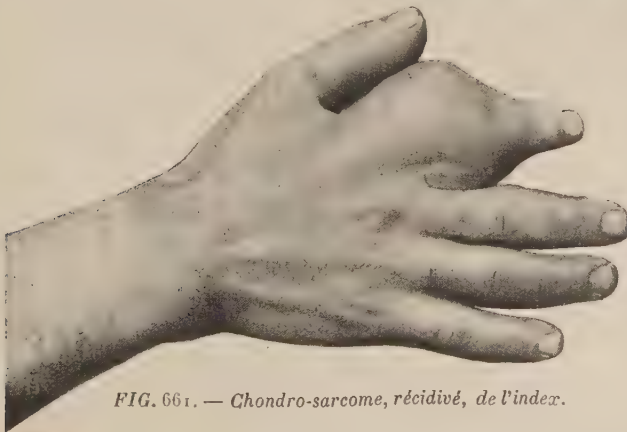


FIG. 661. — Chondro-sarcome, récidivé, de l'index.

haut (fig. 125) avec ses pendeloques cutanées multiples; cette main reste active, et l'homme travaille.

Sur les os, métacarpiens, phalanges, vous pouvez voir des *exostoses épiphysaires*, implantées à l'extrémité des os et parfois multiples — des *chondromes* aux phalanges, souvent multiples, eux aussi; — des *chondro-sarcomes* (fig. 661) et des *sarcomes*; — des *fibromes* (fig. 662). Le diagnostic ne se fait — ou ne s'esquisse — que sur les caractères de consistance, et, en dehors des tumeurs de « dureté osseuse », il est toujours douteux, et mieux vaut conclure « au pire » et pratiquer d'emblée l'exérèse large.



FIG. 662. — Fibrome de l'index.

Je voudrais enfin signaler (il faudrait un long exposé pour les décrire) les **DIFFORMITÉS** du poignet, de la main et des doigts; difformités **congénitales** — difformités **pathologiques** et difformités **traumatiques**.

Voyez figure 663 un exemple d'anomalie congénitale des doigts gauches : amputation du médus; macrodactylie et déviation de l'annulaire.

Fig. 664 : Une macrodactylie considérable du médus : cette fois, il



FIG. 663. — Anomalie congénitale des doigts : amputation du médus; macroductylie, et déviation latérale, à l'annulaire.

était tout indiqué de supprimer ce long doigt gênant, et je pratiquai la désarticulation.

La **syndactylie** est plus fréquente, justiciable, assez souvent, d'intervention réparatrice, et nécessite une exploration préliminaire soigneuse, pour préciser les indications et le pronostic opératoires.

Elle peut ne porter que sur deux doigts, en réunir trois, quatre (le pouce est rarement intéressé), occuper les deux mains, toutes deux « palmées » (fig. 665).

Ce qu'il faut déterminer, c'est le *mode de coalescence* de ces doigts « adhérents ».

Sont-ils « soudés » l'un à l'autre, par fusion osseuse, et totalement immobiles ?

Sont-ils mobiles encore, mais en contact immédiat, et rapprochés par un étroit pont de peau, qui se prêtera fort mal à l'intervention libératrice ?

Avez-vous affaire à la *syndactylie membraneuse* proprement dite, et pouvez-vous reconnaître, entre les doigts, qui se laissent plus ou moins écarter, une « membrane » cutanée, de quelque largeur ? Condition favorable, cette fois, à l'opération de Didot.



FIG. 664. — Macrodactylie considérable du médus.

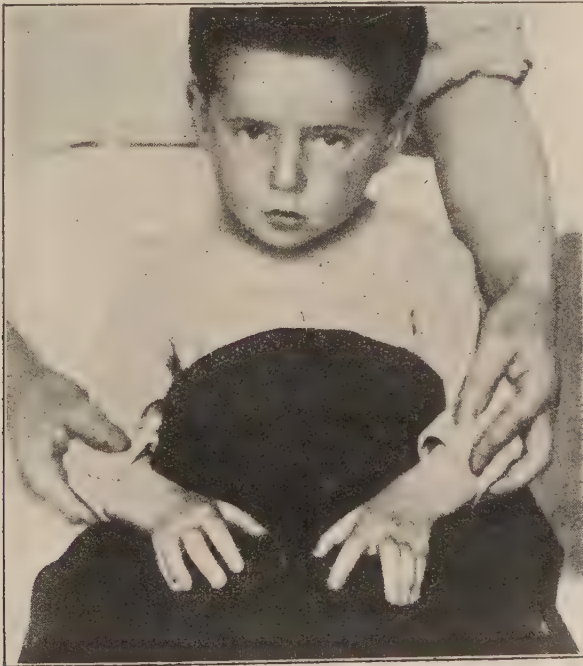


FIG. 665. — Syndactylie : les trois derniers doigts sont « palmés » à gauche ; les deux derniers, à droite. — La libération fut pratiquée aux deux mains.

A côté de ces difformités congénitales, il y a lieu d'inscrire **celles qui procèdent des parties molles, musculo-fibreuses**, par rétraction contracture, paralysie, atrophie — sans participation des os. En voici quelques types, à titre d'exemples :

Fig. 666. — **Rétraction de l'aponévrose palmaire, maladie de Dupuytren.** — Elle est bilatérale, ici, et c'est l'éventualité coutumière, sans que l'inflexion soit du reste toujours simultanée, et de pareil degré, aux deux mains. Elle porte sur l'annulaire et sur le petit

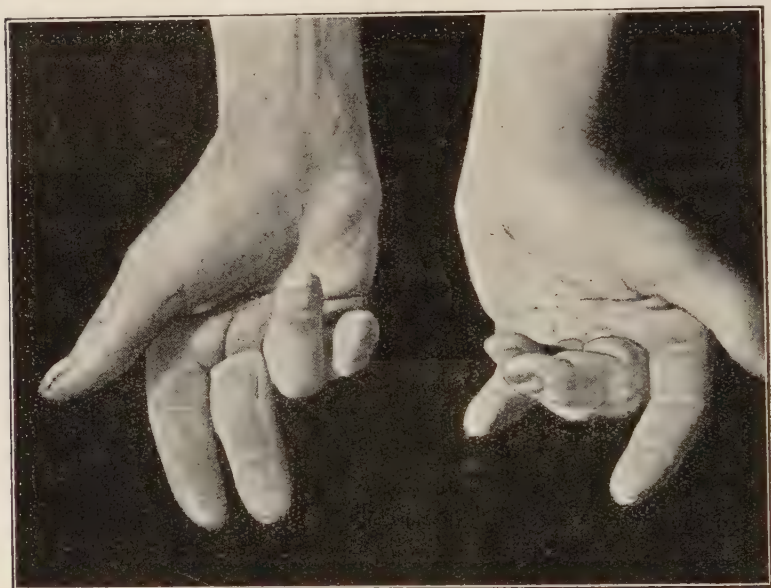


FIG. 666. — Rétraction de l'aponévrose palmaire (maladie de Dupuytren).

doigt, et, de la sorte, elle rentre aussi dans la règle commune.

L'évolution est le plus souvent fort lente : elle se reconnaît, à l'examen, de bonne heure, avant toute flexion du doigt (l'annulaire presque toujours, mais non toujours); le doigt n'est pas fléchi ou à peine, mais il ne s'étend pas; on le sent « bloqué »; et, pendant que vous cherchez à l'étendre, vous voyez se soulever au-dessus de lui, à la paume, un tractus vertical, recouvert de sillons transversaux. C'est la rétraction aponévrotique commençante.

Notez qu'elle peut rester fort longtemps à ce stade initial; qu'elle peut, tout en poursuivant ses étapes de flexion progressive, demeurer cantonnée à un seul doigt, d'une main ou des deux mains; qu'elle peut s'étendre aux autres doigts, et les infléchir tous dans la paume.

Je rappellerai encore, qu'aux périodes moins avancées, il ne faut

pas se laisser prendre aux brides palmaires « trompe-l'œil » ; elles sont parfois si nettes, si saillantes, si bien détachées, qu'on a une tendance instinctive à les tenir pour les agents de rétraction, et à supposer, qu'après les avoir sectionnées, on redressera — et de là est née, sans doute, la méthode, illusoire, des sections aponévros-

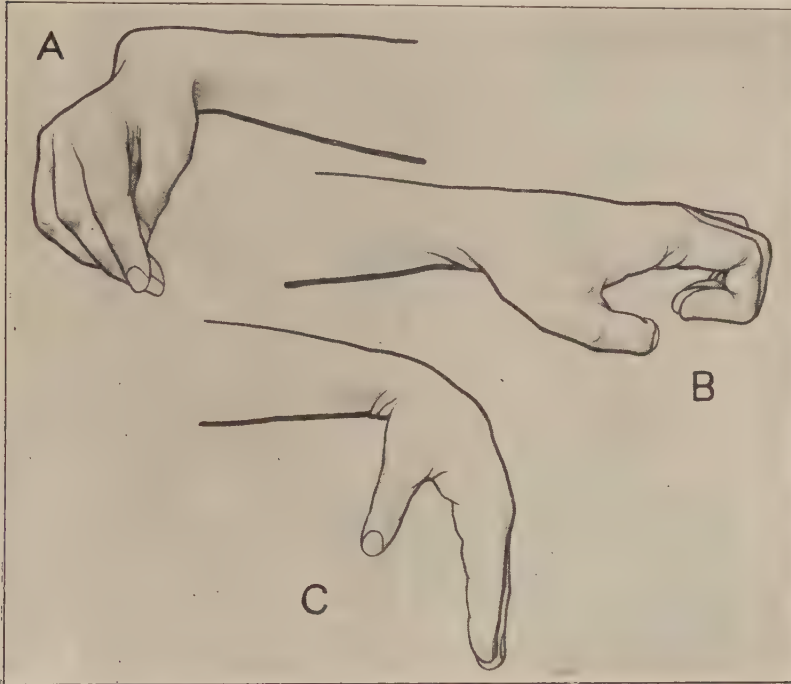


FIG. 667. — A. Subluxation spontanée du poignet en avant. — B. Rétraction musculaire ischémique des fléchisseurs : la main étendue (doigts fléchis). — C. Id. La main fléchie (doigts étendus).

tiques, sous-cutanées. Or, la section faite, on n'obtient pas le redressement complet, et l'inflexion ne tarde pas à reparaitre. La bride apparente et tendue signale l'induration fibreuse, rétractile, de la paume, mais cette induration s'étend toujours bien au delà de la bride saillante.

Fig. 667. — **Rétraction musculaire ischémique des muscles fléchisseurs de la main.** — Vous la verrez de temps en temps, surtout chez les enfants et les jeunes sujets; elle succède, d'ordinaire, à une compression de l'avant-bras par un appareil trop serré.

Exemple : un garçon de 15 ans nous est amené; il s'est fracturé l'avant-bras, trois semaines avant; un appareil plâtré circulaire a été

appliqué, appareil douloureux dans les premiers jours; toutefois, la main est restée chaude, sensible, mobile; mais les doigts se sont infléchis peu à peu : aujourd'hui, la flexion des quatre doigts est irréductible



FIG. 668. — *Plaie ancienne du cubital, par E. O. : atrophie des interosseux.*

tible, sur la main horizontale (fig. 667-B); la flexion s'exagère, quand on relève le poignet; laissez-la tomber, pendante, cette main, et vous voyez les quatre doigts s'étendre et devenir rectilignes (fig. 667-C).



FIG. 669. — *Plaie ancienne du cubital, par E. O. : face palmaire de la main; atrophie de l'éminence hypothénar; flexion des doigts.*

Il y a un raccourcissement, par sclérose, des muscles fléchisseurs; le poignet tombant, le raccourcissement se compense, et les doigts s'étendent; la main relevée, les cordes musculo-tendineuses « tirent », et rétractent les doigts. Et cette rétraction est permanente, définitive : pour « réparer », il faut « raccourcir » l'axe osseux de l'avant-bras.

Il convient de signaler encore les déformations consécutives aux lésions nerveuses :

Fig. 668. Plaie ancienne (par E. O.) du cubital; notez la dépression profonde des espaces interosseux, et du premier espace, en particulier



FIG. 670. — Plaie ancienne du cubital : griffe cubitale.

(atrophie des muscles interosseux); sur la figure 669 (face palmaire) on remarque l'aplatissement, par atrophie, de l'éminence hypothénar,



FIG. 671. — Griffe du médian et du cubital : plaie ancienne des deux nerfs, et accidents névritiques consécutifs.

et aussi une certaine flexion des doigts, surtout des deux derniers, annulaire et auriculaire.

Cette flexion peut s'accuser davantage, et créer la *griffe cubitale* (fig. 670).

La *griffe du médian*, typique, est représentée par la rétraction du pouce, de l'index et du médius.

Voyez figure 671 une *griffe du médian et du cubital* (main de singe).

Des griffes analogues peuvent procéder encore des rétractions tendineuses, des rétractions cicatricielles, qui se produisent à la suite



FIG. 672. — Déformations de la main.

A, Main bote équine, en flexion; B, paralysie du médian et du cubital; C, Flexion permanente des doigts, par contracture; D, main *erecta* (paralysie infantile des fléchisseurs); E, main bote radiale; F, paralysie radiale; G, rhumatisme chronique.

des traumatismes et des phlegmons du poignet et de l'avant-bras. Il y aurait là toute une longue étude à faire.

Enfin d'autres déformations du poignet, de la main ou des doigts, sont d'**origine osseuse**.

Voyez (fig. 667 A), un type de **subluxation spontanée du poignet en avant**, telle qu'on l'observe, de temps en temps, chez les adolescents, au-dessus de dix à douze ans. L'incurvation du radius en avant, consécutive, suivant toute vraisemblance, à un arrêt ou à un trouble de développement du cartilage conjugal, en paraît être le mécanisme pathogénique habituel.

La main et les doigts sont infléchis, comme le montre la figure 667; la tête du cubitus, subluxée, dessine un relief très saillant à la face dorsale; elle s'affaisse sous la pression, mais la main se relève mal et incomplètement. On suit d'ordinaire l'extrémité cubitale inférieure, normale; mais, en suivant le radius, on reconnaît qu'il s'incurve en bas et en dedans. Il arrive encore que les deux os soient incurvés, inégalement; l'examen radiographique, en précisant cet état des os, fournit aussi les données de l'intervention utile.

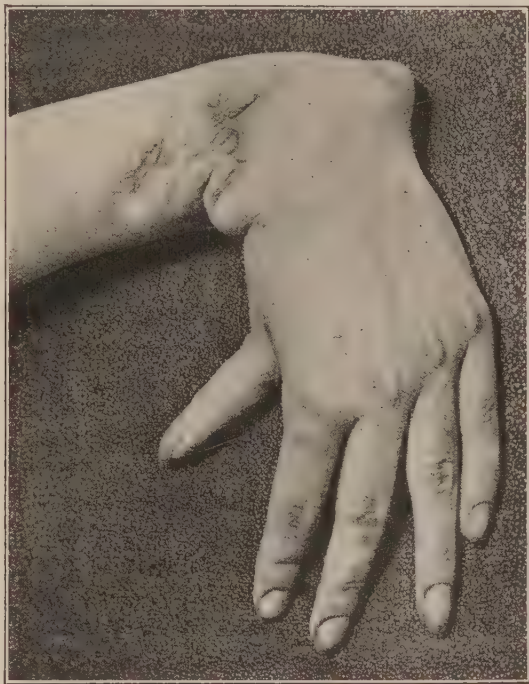


FIG. 673. — Main bote radiale, consécutive à une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du radius.

C'est une *main bote*. Il y a d'autres mains botes congénitales, palmaires, dorsales, radio-palmaires, cubito-palmaires, que nous ne ferons que rappeler.

Les **maines botes acquises** sont autrement fréquentes.

Elles peuvent succéder à la paralysie infantile, et résulter de la contracture, plus tard de la rétraction, des muscles antagonistes. Ainsi en était-il de la *main erecta*, représentée fig. 672.

Plus souvent, elles ont pour point de départ l'atrophie d'un des deux cartilages de conjugaison, radial ou cubital, ou la soudure prématurée d'une des deux épiphyses, chez les jeunes sujets (décollements traumatiques, infections, etc.); — chez les adultes, les cals difformes, les pertes de substance osseuse (fractures compliquées, plaies de guerre, ostéomyélites, ostéites tuberculeuses), ou encore les

rétractions articulaires, consécutives à certaines arthrites. Il faut connaître ces divers modes pathogéniques, pour mener à bien l'exploration et se rendre compte du degré de curabilité et des ressources thérapeutiques.

La figure 673 montre un type de *main bote radiale*, par perte de substance du radius (ostéomyélite).

On sait que, lors des *fractures mal consolidées du poignet* (voy. plus haut, p. 535), les *déviation latérales* de la main (la main valga, ou



FIG. 674. — Main fixée en flexion légère et pronation forte, à la suite d'une fracture mal consolidée de l'avant-bras.

main bote radiale, en particulier) sont fréquentes. Vous verrez également des *déformations complexes*, qu'il faudra toujours analyser suivant l'*axe médian* (ligne du 3^e métacarpien, prolongée sur le poignet et l'avant-bras), l'*axe transversal* du poignet (flexion ou extension; saillie dorsale ou palmaire); — et sans négliger la *rotation*.

Il arrive que la rotation permanente de la main, en pronation ou supination, soit la déformation principale : ainsi en était-il figure 674; la main ne présentait aucune déviation latérale, mais elle était *fixée* en flexion légère et pronation forte — à la suite d'une fracture, non traitée, de l'avant-bras (des deux os), au quart inférieur. La main fut redressée par ostéotomie oblique, modelage, et suture du radius.

MEMBRE INFÉRIEUR

HANCHE

Étudions d'abord les **TRAUMATISMES DE LA HANCHE** : *Luxations, fractures, contusions*.

Les **LUXATIONS DE LA HANCHE** ne sont pas fréquentes, mais elles s'accusent par une déformation *fixe*, qui permet d'en reconnaître, d'ordinaire, à première vue, la variété.

Toutefois, il y a lieu de songer aux luxations dites *irrégulières*, avec rupture large du ligament en Y. La luxation « ne saute plus aux yeux », et il arrive qu'elle soit méconnue, et qu'on ne la découvre que beaucoup plus tard, comme une « surprise » : j'en ai vu quelques exemples. Ces erreurs initiales procèdent toujours d'un examen insuffisant ; quelle que soit l'attitude atypique du membre, il y a un obstacle mécanique, fixe, au jeu articulaire, dans tel ou tel sens, et l'on trouve la tête hors du cotyle. Enfin, par l'exploration de la ligne spinoischiatique, de Nélaton (fig. 675), on relève l'ascension haute du grand trochanter. Bien entendu, le témoignage de la radiographie devra être invoqué.

Plus souvent, l'aspect de la hanche est d'emblée caractéristique.

I. *Flexion, adduction, rotation en dedans*, de la cuisse (fig. 676) : luxation **iliaque**, celle qui s'observe le plus souvent. — Complétez toujours l'exploration par la manœuvre ici représentée : une de vos mains empaume le devant du genou ; l'autre s'étale à la face externe de la hanche ; en les faisant agir l'une et l'autre, vous vous rendez compte de la « fixité » de la cuisse, qui ne peut s'étendre, ni se porter en dehors, et vous retrouvez, plus ou moins haut, la tête luxée en arrière. Vous pouvez encore, par cette manœuvre, bien appliquée, dépister, tout au moins, certaines complications, fractures du col, fractures du cotyle.

Plus la tête déplacée est basse, plus la cuisse est remontée, et la

flexion avoisine l'angle droit, lorsque la tête est repérée au contact de l'ischion : luxation **ischiatique**.

Tout exceptionnellement, vous pourrez même voir la luxation



FIG. 675. — Recherche de la ligne de Nélaton; épine iliaque antéro-supérieure; tubérosité de l'ischion : le pouce droit repère le sommet du grand trochanter (hanche normale).

erecta, sous-cotyloïdienne : cuisse verticale; tête fémorale en relief sur la tubérosité de l'ischion.

Ces déformations extrêmes n'ont, du reste, rien de particulièrement



FIG. 676. — Luxation iliaque de la hanche. Exploration. Recherche de la tête fémorale.

grave, s'il n'y a pas de complications; la tête est en équilibre instable, sous le cotyle, et vous réduisez d'ordinaire, sans peine, par la traction

haute et la rotation en dehors. Ajoutons, du reste, que ce déplacement sous-cotyloïdien est toujours une étape du mouvement de réduction de la tête, par le procédé de Desprès père, dans les luxations en arrière.



FIG. 677. — Luxation obturatrice de la hanche.

II. La déformation est inverse, dans les **luxations en avant** : cuisse étendue, en abduction, en rotation externe, et *fixe*, bien entendu.

L'abduction est le plus souvent considérable, dans la forme basse,

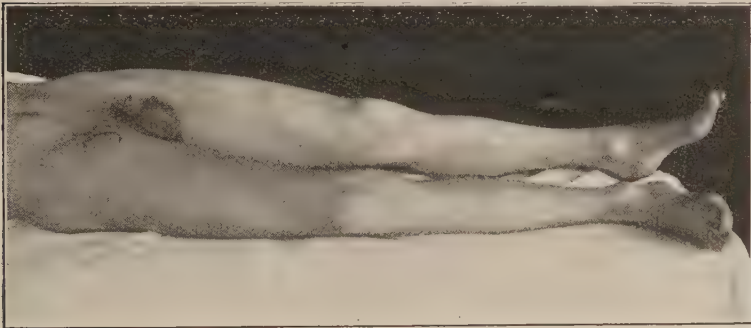


FIG. 678. — Luxation pubienne de la hanche.

la **luxation obturatrice, ovale** (ou ischio-pubienne) : voyez fig. 677 une luxation obturatrice datant d'une heure à peine : la cuisse était écartée, en dehors, à angle presque droit ; la tête dessinait une volumineuse saillie au pli génito-crural ; sous anesthésie, la réduction fut obtenue, par la traction verticale progressive, suivie de rotation en dedans.

L'abduction est minime, mais la *rotation externe très accusée*,

dans la seconde forme, la forme haute, la **luxation pubienne** (ou ilio-pubienne), et, ce qui achève la démonstration, c'est la saillie de la tête, en avant, dans le triangle de Scarpa, au contact des vaisseaux fémoraux, plus ou moins près de la branche horizontale du pubis, parfois même au niveau de cette branche, ou au-devant d'elle, sous l'arcade (comme j'en ai vu et réduit un cas). La tête était moins haute figure 678 : elle ne se dessinait pas en relief apparent, mais elle était aisément reconnaissable au palper. Elle avait, toutefois, été méconnue, et la luxation datait de plus de quinze jours : deux essais de réduction (en abduction progressive) furent sans résultat, et je pratiquai l'excision de la tête luxée.

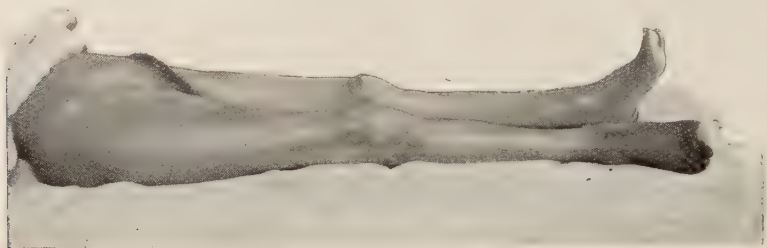


FIG. 679. — *Fracture du col du fémur.*

Nous retrouverons plus loin les *luxations pathologiques* et la *luxation congénitale*.

Mais nous nous en tenons toujours, ici, à la hanche traumatisée, et nous supposons qu'aucune déformation caractérisée et fixe ne révèle de luxation. **Pas de luxation; quoi donc?**

Y a-t-il une **fracture du col**? — C'est la première question qui se pose, et j'ajouterai qu'elle ne se pose pas seulement chez les gens âgés, mais chez les jeunes (il ne faut pas, du reste, oublier le décollement épiphysaire).

Regardez le membre (fig. 679) : il est renversé en dehors et *couché sur sa face externe*; le *talon remonte* au-dessus du talon opposé; la *région trochantérienne* paraît *épaissie*. Ce sont des indices à noter au premier coup d'œil; on les précisera tout à l'heure; ils fournissent une présomption importante, s'ils existent, mais ils peuvent manquer ou s'accuser mal.

Avant de rien palper, demandez au blessé de **soulever le talon** — non point de le glisser de bas en haut, sur le plan du lit, en pliant le genou, mais de le « détacher » du lit, verticalement, jambe étendue, et le plus haut possible. *Si le mouvement s'exécute, concluez qu'il n'y a pas de fracture.*

Le talon ne se relève pas : donnée de valeur, et qui en acquiert plus encore, si elle se combine à la rotation externe, avec ou sans

raccourcissement notable, figurée tout à l'heure. Poursuivez l'exploration.

Essayez de redresser le pied renversé en dehors (fig. 680); vous n'y parvenez pas; cela « tient » et « résiste » en haut, et, si vous insistez, c'est le bassin lui-même, qui cède, et tourne en dedans : fracture

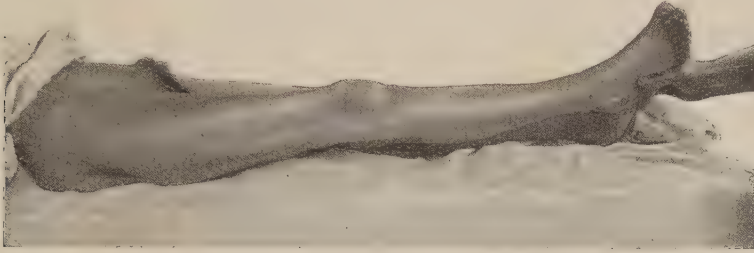


FIG. 680. — Fracture du col du fémur. Essai de redressement du pied.

cervico-trochantérienne engrénée. — Ailleurs, le pied se ramène aisément à l'angle droit et au delà, et même vous percevez un peu de crépitation, tout en haut, dans la hanche : fractures **sub-capitales** (par décapitation, au niveau du col anatomique), ou **trans-**



FIG. 681. — Exploration du col et de la région trochantérienne.

cervicales, intra-capsulaires, mobiles, et qui le resteraient, sans se consolider.

Ajoutons que pareille mobilité et pareille crépitation peuvent s'observer dans certaines fractures *cervico-trochantériennes*, non engrénées, ou comminutives; dans les fractures *cervico-trochantéro-diaphysaires*, dont le trait se prolonge obliquement, plus ou moins bas, sur la diaphyse; dans les fractures diaphysaires hautes, *sous-trochanté-*

riennes. En pareil cas, si vous empaumez la région trochantérienne, comme figure 681, vous apprécierez nettement mobilité et crépitation.

Explorez-le soigneusement, ce grand trochanter; palpez-le d'avant en arrière (fig. 681) et voyez s'il est épaissi, élargi (éclatement par pénétration cervicale) — recherchez-en le sommet, en déplaçant latéralement le genou fléchi, et voyez s'il remonte et déborde la ligne de Nélaton (fig. 675).

Il convient de rechercher encore et d'évaluer le **raccourcissement**. Tracez (ou figurez par un ruban, un bord de tablier ou de serviette) la ligne transversale bi-épineuse, qui réunit les deux épines iliaques antéro-supérieures; du milieu de cette ligne, faites tomber une perpendiculaire, et, des deux côtés de cette verticale, disposez symétri-

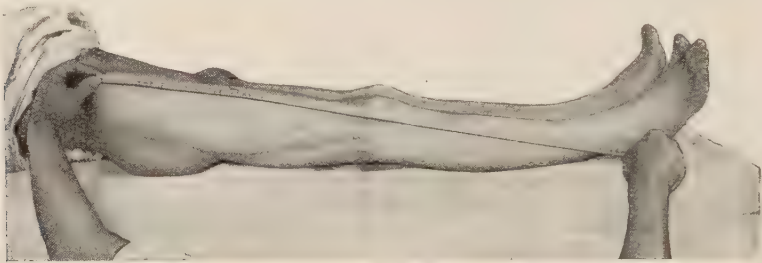


FIG. 682. — Mensuration du membre inférieur : ligne spino-malléolaire.

quement les deux membres inférieurs : s'il y a raccourcissement d'un côté, il apparaîtra, et vous pourrez le mesurer, en tendant un cordon, une ficelle, de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole interne, et en comparant les deux « longueurs » obtenues.

Les deux mensurations que voici sont aussi très recommandables, et des plus simples :

Fig. 682. — **Ligne spino-malléolaire** : cordon tendu de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la malléole externe;

Fig. 683. — **Ligne trochantéro-malléolaire** : cordon mené du sommet du grand trochanter à la pointe malléolaire externe.

S'il y a luxation, la ligne *spino-malléolaire* est raccourcie; la ligne *trochantéro-malléolaire* est normale;

S'il y a fracture du col, le résultat est le même;

S'il y a fracture sous-trochantérienne ou fracture diaphysaire, la ligne *spino-malléolaire* est raccourcie; la ligne *trochantéro-malléolaire* l'est également, et d'une semblable longueur.

Raccourcissement, apparent et mesuré, ascension du grand trochanter, élargissement antéro-postérieur de ce grand trochanter, rotation externe du membre, relèvement du talon impossible : quand ces divers signes sont combinés, la fracture du col est évidente, avant même l'intervention de la radiographie.

Mais il arrive que vous ne trouviez rien de tout cela, à part, toutefois, l'impotence à relever le talon. A elle seule, cette impotence est un élément de diagnostic de première valeur, comme nous le disions plus haut, surtout lorsqu'elle s'associe à une douleur locale, au col, par la pression exercée sur le membre, de bas en haut, dans l'axe,

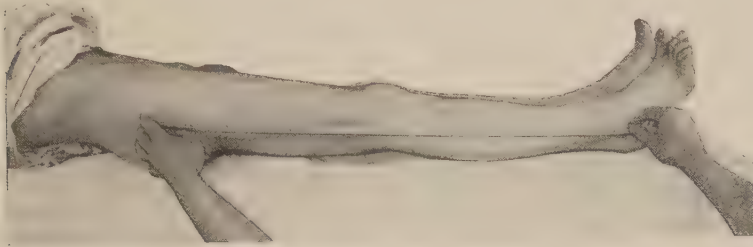


FIG. 683. — Mensuration du membre inférieur : ligne trochantéro-malléolaire.

ou par la pression transversale bi-trochantérienne (fig. 684). Et vous pourrez, cette fois encore, conclure à la fracture : la radiographie vous donnera raison.

Si, dans ces mêmes conditions, en l'absence de toute déformation

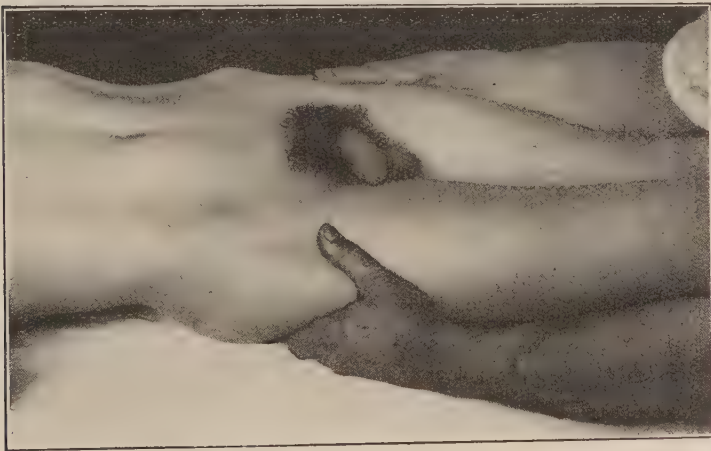


FIG. 684. — Pression transversale bi-trochantérienne.

locale, le talon se relève plus ou moins librement, vous serez autorisé à porter le diagnostic de **contusion simple**. Notez, d'ailleurs, que la douleur régionale, au palper de la hanche, est, le plus souvent, beaucoup plus aiguë que dans la fracture, mais il n'y a pas de douleur à la pression dans l'axe.

S'il y a toujours une fracture, dans ces contusions de la hanche,

comme le soutient Pierre Delbet, le type clinique de contusion n'en est pas moins à conserver, en pratique, la fracture se limitant alors, le plus souvent, à un trait fissuraire du col ou de la zone cervico-trochantérienne, sans déplacement, sans déformation. Mais le fait n'en garde pas moins cet intérêt, qu'il peut donner la raison des douleurs locales persistantes, et longtemps persistantes, qui suivent parfois les traumatismes de ce genre, et ce serait, s'il en était besoin, une raison de plus de recourir à la radiographie, dans tous les traumatismes de la hanche.

Enfin, il faudra aussi penser à l'**entorse**; on en parle peu, de l'entorse de la hanche : elle se produit pourtant, moins exceptionnellement qu'on ne le croit, dans certaines chutes « en abduction forcée », et se signale par une douleur à la pression, en bas et en dedans, au pli génito-crural. Et, cette fois encore, la radiographie est indispensable pour légitimer le diagnostic.

Rappelons enfin les **fractures partielles** du grand trochanter, du petit trochanter, du sourcil cotyloïdien : la douleur locale, parfois un certain degré de mobilité, peuvent en donner l'idée : c'est la radiographie qui les démontre. Vous trouverez pourtant des fractures du sommet du grand trochanter, à fragment mobile, qu'on déplace avec crépitation; et j'ai le souvenir d'un petit trochanter, arraché, qu'on percevait nettement au palper de la cuisse, en haut et en dedans, « par amplexation » (voy. p. 452, *les fractures du fond du cotyle*).

Il semble indiqué d'adjoindre, à l'examen des déformations par traumatisme, celui d'autres lésions de la hanche, qui leur ressemblent par certains traits, mais dont l'origine est tout autre : je veux parler de la **hanche à ressort**; — des **luxations congénitales**; — des **luxations paralytiques**; — de la **coxa vara**.

La **hanche à ressort** se caractérise par le ressaut, un ressaut brusque, sonore (craquement), qui déplace en avant le tenseur du fascia lata et le bord antérieur du grand fessier, et qui s'accompagne d'une déformation passagère de la hanche, faisant figure de luxation.

Dans la **luxation congénitale bilatérale**, le dandinement, la marche « en canard », la saillie bilatérale des trochanters, la lordose lombaire, le relief postérieur du bassin, etc., sont classiques (fig. 683, 686).

Lors de **luxation unilatérale**, l'aspect est, parfois aussi, démonstrateur, à première vue, dans la station debout et dans la marche.

Même dans ces cas « d'évidence morphologique », si l'on peut dire, l'exploration détaillée, est, bien entendu, nécessaire; elle l'est surtout,

dans certaines formes moins accusées, moins nettes d'emblée, où le diagnostic, pour être avéré, exige des précisions. Il faut alors analyser les signes du déplacement congénital, et cette analyse nécessite l'application de certains modes d'examen.

Quels sont-ils, ces signes?



FIG. 685. — Luxation congénitale, bilatérale, de la hanche. Vue antérieure.

FIG. 686. — Luxation congénitale, bilatérale, de la hanche. Vue postérieure.

Le raccourcissement : la ligne spino-malléolaire (voy. fig. 682), du côté atteint, est plus courte;

L'ascension du grand trochanter, plus ou moins rapproché de la crête iliaque; pour apprécier cette ascension (et vous aurez à le faire, du reste, dans une série d'affections de la hanche), vous pourrez recourir à de multiples procédés; les plus simples seront toujours les meilleurs :

Le sujet reposant « bien à plat », sur le dos, appliquez vos pouces aux épines iliaques antéro-supérieures, vos médus au sommet des grands trochanters; vous vous rendrez compte, s'il y a lieu, que l'un de ces trochanters est « plus haut » et plus rapproché de l'épine; l'exploration de la ligne de Nélaton (voy. fig. 673) reste, d'ailleurs, la pratique courante, et, si l'on prend soin de faire toujours une exploration symétrique, et de « comparer », elle suffit, en général.

Rappelons pourtant les techniques suivantes, qu'il faut connaître, ne fût-ce que pour y recourir, comme à des compléments d'exploration :

Ligne spino-trochantérienne (Schœmaker); reliez, d'un trait de crayon, le sommet du grand trochanter et l'épine iliaque antéro-supérieure; prolongez la ligne sur le devant de l'abdomen : elle passe à l'ombilic, ou au-dessus de l'ombilic à l'état normal; elle passe *au-dessous*, lorsque le grand trochanter est remonté (fig. 687).

Ligne symphysaire horizontale : une ligne transversale, qui longe le bord supérieur de la symphyse pubienne, aboutit, de chaque côté,

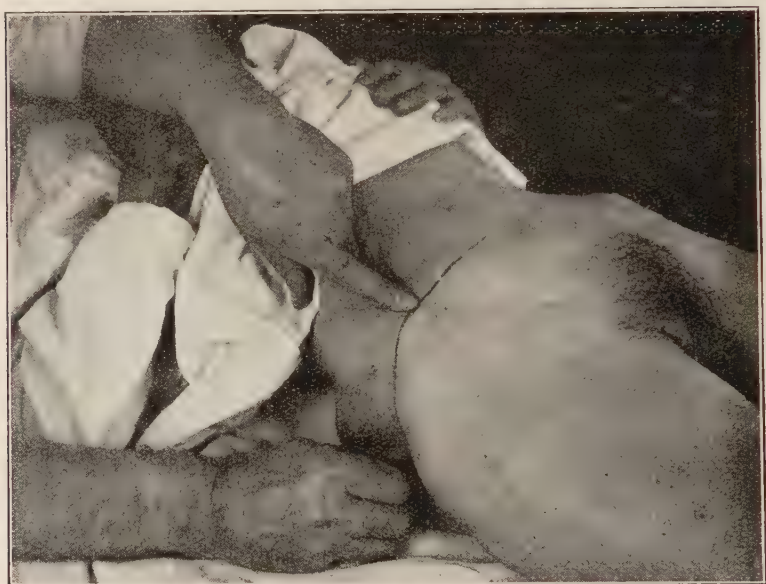


FIG. 687. — *Ligne spino-trochantérienne* (sommet du grand trochanter; épine iliaque antéro-supérieure); prolongée sur l'abdomen, elle passe à l'ombilic, lorsque le grand trochanter est à hauteur normale; elle passe *au-dessous*, lorsqu'il est remonté.

au sommet des grands trochanters; si l'un d'eux remonte, il se repère aisément, au-dessus de cette ligne;

Triangle de Bryan : sujet couché à plat; prolongez l'axe du fémur, au-dessus du trochanter; faites tomber une verticale, de l'épine iliaque antéro-supérieure; réunissez, par une autre ligne, cette épine au sommet du grand trochanter; à l'état normal, vous dessinez, de la sorte, un triangle isocèle (fig. 688); si le trochanter remonte, la base du triangle se raccourcit (fig. 689).

Le palper de la tête luxée, dans la fosse iliaque externe. — Pour la bien reconnaître, explorez comme figure 690 : sujet couché sur le côté sain; d'une main, empaumez le genou, en fléchissant la jambe à angle droit; de l'autre, palpez la fesse; inclinez fortement le genou en

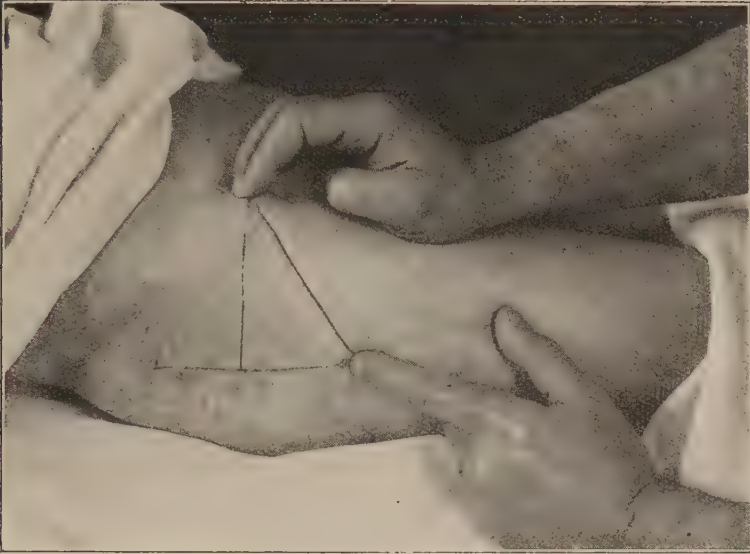


FIG. 688. — *Triangle de Bryan* : l'index gauche repère le sommet du grand trochanter, l'index et le médius droits sont à l'épine iliaque antéro-supérieure (*état normal*).

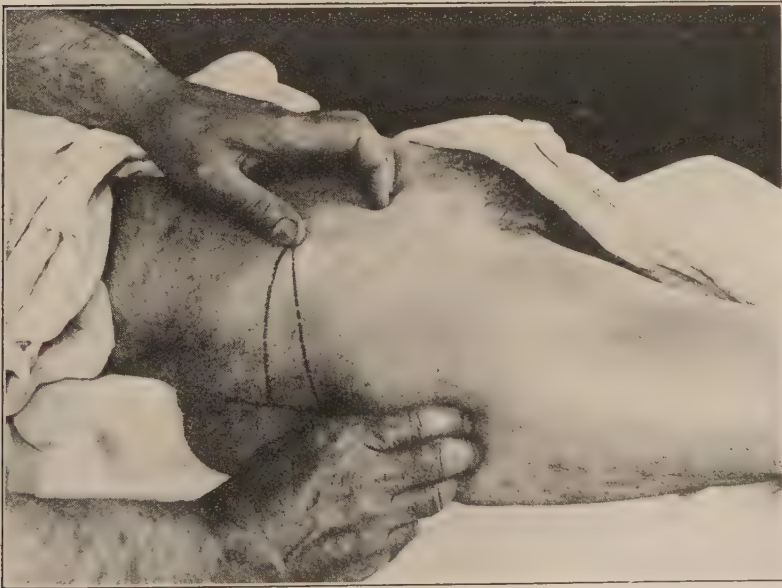


FIG. 689. — *Triangle de Bryan* : ascension du grand trochanter.

adduction, faites-le tourner en dedans et en dehors : à la fesse, vous sentirez la tête, qui se déplace et qui saille; vous trouverez deux « bosses » : le trochanter; plus haut, la tête; vous n'en trouverez qu'une seule, le trochanter, sur une hanche normale, ou dans la coxa vara (voy. p. 587).

Notez encore que cette tête luxée est très mobile, qu'elle se laisse abaisser, déplacer, et que rien ne rappelle la « fixité », en telle ou telle attitude, des luxations traumatiques.

Enfin, regardez en avant; le triangle de Scarpa est déprimé, vide : « creux inguinal ».

Si vous vous astreignez à cette méthode d'examen, vous recon-

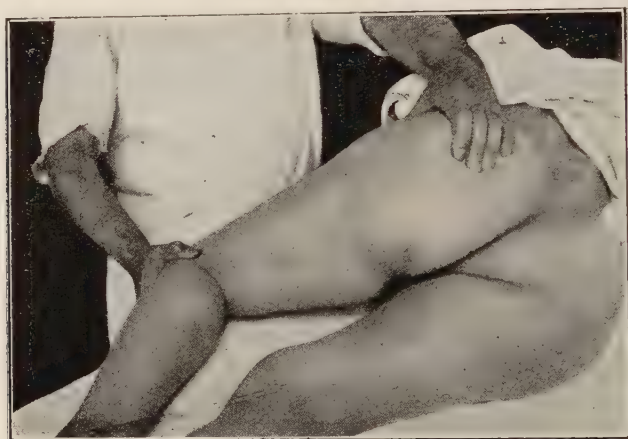


FIG. 690. — Luxation congénitale de la hanche : recherche de la tête luxée (position de Malgaigne).

naîtrez la luxation congénitale de la hanche, et vous en préciserez les caractères, dans chaque cas particulier.

Il y aura lieu, toutefois, de ne pas oublier les **luxations paralytiques** et les **luxations pathologiques**.

Les **luxations paralytiques**, que Verneuil avait si bien étudiées, succèdent à la paralysie infantile; elles ne sont pas congénitales : les enfants ont marché à la date habituelle, et ils ont bien marché, jusqu'à la crise aiguë, — souvent mal définie, mais dont le souvenir se retrouve toujours, — qui a marqué le début des accidents locaux. — De plus, vous trouvez des zones musculaires tout entières paralysées et atrophiées : fessiers et pelvi-trochantériens — adducteurs; et, assez souvent, d'autres localisations paralytiques, à distance, apportent encore une confirmation au diagnostic originel.

Ce sont là des éventualités rares; il en est de même des **luxations pathologiques**, consécutives à certaines arthrites aiguës (Voy. plus loin : *Arthrites aiguës et chroniques. Coxalgie. Périarthrites*).

On devra penser aussi à la **coxa vara**; ascension du trochanter, — à déterminer par les procédés figurés plus haut, p. 584-585 — adduction marquée et progressive du membre; — rotation en dehors de la cuisse : tels sont les caractères primordiaux de la déformation.

Ajoutons qu'en dépit des apparences parfois déconcertantes, on en trouve la tête nulle part, hors du cotyle : elle est à sa place; c'est le



FIG. 691. — *Coxa vara, secondaire à une fracture du col fémoral.*

col qui est infléchi et inversé, et la radiographie est, bien entendu, nécessaire pour confirmer ces données de l'exploration externe.

Il convient de rappeler aussi la *coxa vara secondaire*, consécutive aux fractures du col (fig. 691), aux décollements épiphysaires, et qui se voit également dans certaines formes, de coxo-tuberculose.

Dans la *coxa valga*, le plus souvent secondaire, le membre est, encore, en rotation externe, mais il est, cette fois, en abduction; le grand trochanter est abaissé au-dessous de la ligne de Nélaton, la ligne spino-trochantérienne passe bien au-dessus de l'ombilic. Là encore, radiographie pour conclure.

ARTHRITES AIGÜES ET CHRONIQUES. COXALGIE. PÉRIARTHRITES.

Vous verrez — assez rarement — des **arthrites aiguës** de la hanche, arthrites gonococciques, arthrites infectieuses, post-typhiques, grip-pales, etc.; la cuisse est, d'ordinaire, en flexion et abduction; le

moindre essai de mouvement réveille une douleur — et une résistance — particulièrement intenses.

Recherchez la douleur « articulaire »; où donc? — Dans le triangle de Scarpa, en dehors de l'artère fémorale, que vous sentez battre; en arrière, au bord interne du grand trochanter; en dedans, au niveau des adducteurs, tout en haut, au pli génito-crural. C'est là, en ces divers points, que vous provoquerez, à la pression, la douleur caractéristique, et que vous trouverez parfois un peu de tuméfaction pseudo-fluctuante, révélant l'épanchement articulaire.

En pareils cas, il faut toujours garder une arrière-pensée aux



FIG. 692. — Exploration de la hanche dans la coxalgie, au début. Flexion de la cuisse.

deux hypothèses que voici : *arthrite tuberculeuse aiguë*, début aigu de la coxalgie; le fait est loin d'être rare; — *ostéomyélite de l'extrémité fémorale supérieure*, avec arthrite de la hanche.

Cette dernière éventualité n'est pas exceptionnelle chez les jeunes sujets : elle se caractérise par la tuméfaction, œdémateuse et rouge, qui entoure la hanche et remonte vers la crête iliaque, par l'acuité des douleurs, la fièvre, les accidents généraux.

Pour les **ARTHRITES CHRONIQUES**, c'est l'exploration de la **COXALGIE** qu'il faut d'abord exposer : elle servira à l'étude des autres variétés.

Coxalgie au début, tout au moins apparence de coxalgie : douleur à la hanche; gêne des mouvements, un peu de boiterie.

Regardez d'abord; faites marcher votre malade devant vous; voyez si la fesse est aplatie, si le pli fessier est abaissé, si la hanche « joue » mal, si la colonne vertébrale s'infléchit.

Le malade couché, cherchez les *points douloureux articulaires*, dont nous parlions tout à l'heure et, tout de suite, *explorez la mobilité articulaire*.

La flexion : empaumez le genou, d'une main; étalez l'autre main

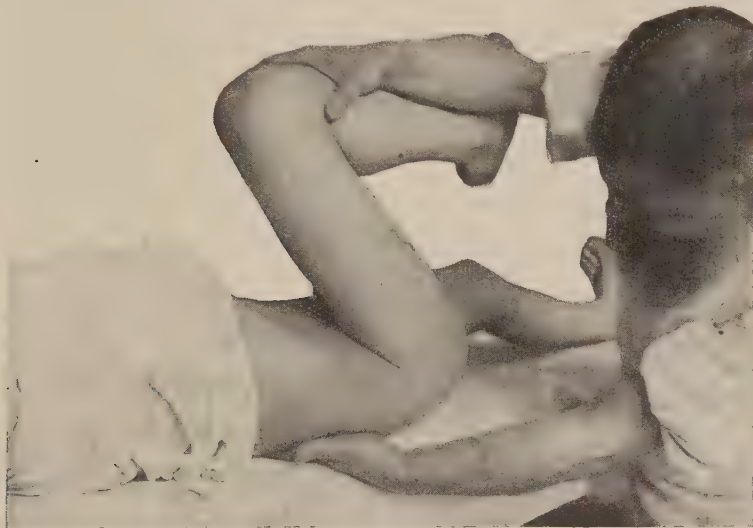


FIG. 693. — *Exploration de la hanche dans la coxalgie au début. Flexion de la cuisse au delà de l'angle droit : contact lombaire.*

sous les lombes; fléchissez la cuisse, progressivement, sans brusquerie; dès que le mouvement est entravé, le bassin « joue », se



FIG. 694. — *Exploration de la coxalgie. L'abduction. (Faire fixer les deux épines iliaques.)*

renverse en arrière, et la main « lombaire » est comprimée. Voyez les figures 692 et 693 : jusqu'à l'angle droit, la flexion est libre, indolente; le creux lombaire, que repère la main gauche, ne s'efface pas

(fig. 692); — vous dépassez l'angle droit, plus ou moins, en forçant un peu, et avec douleur : la fesse se relève, la région lombaire s'aplatit



FIG. 695. — *Exploration de la coxalgie. L'abduction.* Abduction symétrique des deux hanches.

(fig. 693). — Du côté opposé, la cuisse se fléchit librement jusqu'au contact de la paroi abdominale.

L'abduction : vous pourrez la rechercher comme figure 694, en ayant



FIG. 696. — *Exploration de la coxalgie. L'extension* (le sujet couché sur le ventre).

soin, [toutefois, de faire fixer par l'application de deux mains « auxiliaires », les épines iliaques; mieux vaudra explorer symétriquement les deux hanches, en écartant les deux genoux, comme figure 695, et

en vous plaçant de face ou de côté : l'une des cuisses s'abat jusqu'au plan du lit; l'autre « résiste » plus ou moins tôt.

L'extension : elle est toujours utile à explorer, et le procédé repré-



FIG. 697. — Exploration de la coxalgie. Rotation sur place.

senté figure 696 est à recommander. A l'état normal, l'inflexion de la cuisse en arrière, l'extension, est très limitée; mais la limitation se

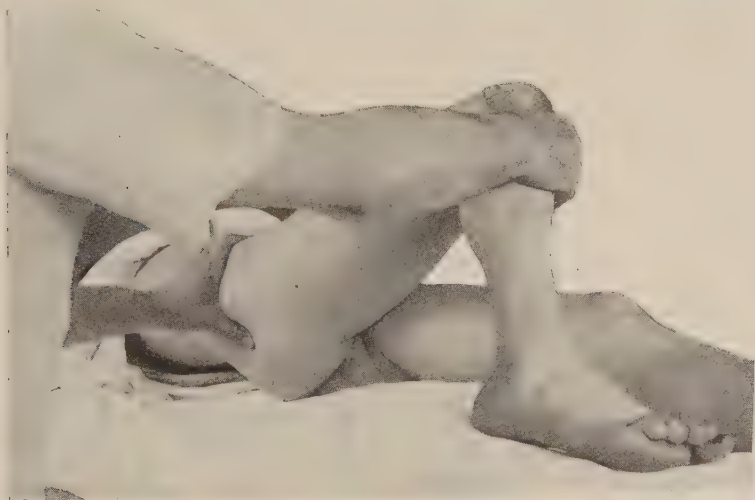


FIG. 698. — Exploration de la coxalgie. Examen, au ponce, du grand trochanter et de la région péri-trochantérienne.

montre beaucoup plus marquée du côté malade, et tout essai « d'aller plus loin » est douloureux.

Enfin la **rotation** (fig. 697) : d'une main, saisissez, par sa face poplitée, l'extrémité fémorale inférieure; de l'autre, encadrez le

hanche : faites tourner, doucement, mais aussi loin que possible, en dehors, en dedans, *sur place* ; vous reconnaîtrez l'amplitude du mouvement, et votre pouce, appliqué à l'aîne, appréciera si la tête est bien ronde et si elle tourne bien.

A cette constatation s'attache un très grand intérêt, dans certaines contractures de la hanche, qui prennent figure de coxalgie, sans qu'il y ait, en réalité, de lésions articulaires (coxalgie hystérique ; foyer d'ostéite localisée péri-coxale avec contracture secondaire) : en explorant la rotation *sur place*, on s'assure de l'intégrité articulaire. Il en est de même dans la péri-arthrite coxo-fémorale.



FIG. 699. — Exploration de la coxalgie. Palper de l'articulation aux deux mains.

Un procédé fort utile d'examen est encore celui que représente la figure 698. D'une main embrassant le genou, vous portez la cuisse en flexion, adduction, rotation en dedans, pendant que votre autre main explore, *du pouce*, le grand trochanter, le sommet du grand trochanter, les sillons pré et rétro-trochantériens. — C'est, en particulier, par ce procédé, que vous pourrez également reconnaître la *trochantérite* localisée, trochantérite ostéomyélitique, trochantérite tuberculeuse, sans emprise articulaire.

A une période plus avancée, la hanche n'est plus seulement enrayée et immobilisée dans certains sens : elle est **fixée en attitude vicieuse** : *flexion, abduction, rotation en dehors, au début ; flexion, adduction, rotation en dedans, plus tard*, lorsque l'« éculement » du cotyle s'est produit, et que la luxation menace. Ces attitudes successives n'ont rien, du reste, de schématique et de constant.

En tout cas, après l'analyse clinique de ces mouvements et de ces attitudes en déformation, il faut **palper l'articulation** elle-même et la région articulaire, pour se rendre compte de l'épaississement profond, de l'infiltration œdémateuse, et rechercher *les abcès*.

Le palper aux deux mains, largement appliquées, l'une, en arrière du trochanter et à la fesse, l'autre, en avant (fig. 699), est d'excellente pratique; vous avez, de la sorte, toute la hanche entre les deux mains. En avant, vous pouvez rechercher les ganglions inguinaux, très souvent volumineux, et de bonne heure, — et même, en remontant un peu, explorer les ganglions iliaques externes. — Vous êtes placé au



FIG. 700. — Coxalgie. Abcès froid de la face externe de la cuisse.

mieux, pour apprécier la consistance de la nappe fongueuse profonde, et pour dépister une collection, un abcès, en avant, dans le triangle inguinal, en arrière, dans la fesse, et au pourtour du grand trochanter.

Ces **abcès**, vous les rencontrerez encore — et vous aurez à les chercher — à la face antéro-externe de la cuisse, en dehors du couturier (fig. 700); — en dedans, sous le pli génito-crural, au niveau des adducteurs.

Enfin vous ne manquerez jamais de pratiquer le **toucher rectal**, dans ces coxalgies : l'index, tourné en dehors, explorera la face interne du cotyle, et pourra y révéler une douleur locale, indicatrice, une doublure molle, plus ou moins épaisse, une zone de dépressibilité particulière, une perte de substance osseuse, où s'engage le doigt, — et aussi, dans certains cas, une collection plus ou moins saillante en dedans, un *abcès froid pelvien*.

Avec ou sans abcès arthrifluents, — on peut observer — et il faut rechercher également — la **luxation** pathologique : en arrière et en haut, iliaque, le plus souvent; parfois ischiatique; exceptionnellement antérieure, pubienne. Il arrive qu'elle se produise brusquement aux premiers temps de la coxalgie, et, pour rare qu'il soit, le fait est à noter, car, dans certaines conditions et chez certains sujets mal observés, pareille luxation pourrait en imposer, à première vue, pour une luxation traumatique vraie.



FIG. 701. — Jeune homme désarticulé de la hanche pour *coxalgie fistuleuse*, incurable : moignon parsemé de fistules, qui procèdent de l'os iliaque.

En règle, le déplacement est lent et progressif, et suit les progrès de l'érosion destructive du cotyle. On le reconnaît au raccourcissement du membre (ligne spino-malléolaire (voy. fig. 682) et à l'ascension du grand trochanter, et l'on pourra recourir, pour apprécier cette ascension, aux divers procédés plus haut décrits et figurés : l'exploration de la ligne de Nélaton sera le plus simple et le plus pratique. — Quant au relief de la tête luxée, on ne s'attendra pas à le trouver aussi nettement que dans les luxations traumatiques : elle est le plus souvent déformée, cette tête fémorale, aplatie, irrégulière, de moindre volume, en moignon; on ne relèvera pas davantage la fixité d'attitude des luxations traumatiques.

Enfin aux diverses régions, où les abcès étaient signalés tout à l'heure, vous verrez s'ouvrir des fistules, lors de **coxalgies anciennes, suppurées et fistuleuses**. Notez que certains de ces trajets, dûment suivis, conduisent, non pas à la tête ou au col du fémur, mais plus haut, à l'acétabulum, et au pourtour de l'acétabulum, à l'os iliaque. Voyez la figure 701 : il s'agit d'un jeune garçon de dix-sept ans, qui avait été désarticulé de la hanche, pour une coxalgie fistuleuse, incurable; le moignon était parsemé de nouveaux et multiples trajets, et l'os iliaque infiltré de tuberculose; je pratiquai, comme ultime recours, la résection de cet os iliaque; malheureusement, la déchéance viscérale était trop avancée, et le pauvre enfant succomba.

Je ne cite ce fait qu'à titre d'exemple, pour appeler l'attention sur le bassin, dans la coxalgie, sur la nécessité de l'explorer toujours avec le plus grand soin, par le palper profond, sus-inguinal et rétro-pubien, par le palper rétro-trochantérien, et surtout par le toucher rectal.

En présence de ces hanches fistuleuses, il faudra penser encore à l'ostéomyélite, aux **pseudo-coxalgies ostéomyélitiques**. Les exemples n'en sont pas exceptionnels; j'en avais rapporté plusieurs, en 1894, dans mes leçons de Chirurgie de la Pitié et dans la thèse de Pouteau; j'en ai relevé d'autres, assez nombreux, depuis lors. A première vue, l'apparence est souvent des plus trompeuses, surtout chez les sujets profondément débilités par une suppuration prolongée et dont l'histoire morbide antérieure est mal connue.

C'est une hypothèse qui doit se présenter toujours à l'esprit, ici comme au niveau de toutes les articulations.

La recherche précise des accidents initiaux et de l'évolution primitive, les larges surfaces d'os dénudé et nécrosé, où conduisent les fistules, l'absence d'attitudes vicieuses, caractéristiques, de la hanche — les résultats de l'examen radiographique — permettent de dégager le diagnostic réel.

Ces ostéomyélites de l'extrémité fémorale supérieure, avec envahissement articulaire, sont souvent fort graves, et elles nécessitent des résections étendues; mais, de toute façon, le pronostic est tout différent de celui de la tuberculose — et c'est pour cela qu'il importe d'aboutir à une interprétation exacte.

A côté de ces arthropathies de la hanche, qui suppurent et se fistulisent, il convient de signaler les **arthrites chroniques sèches**, et qui restent sèches au cours de toute leur évolution. Deux types sont surtout à bien mettre en lumière :

La **coxalgie sèche**, qui rentre dans le cadre du rhumatisme tuberculeux, décrit par Poncet;

L'**arthrite déformante**, le *morbus coxae senilis*, qui est loin de légitimer toujours ce qualificatif traditionnel, car il s'observe chez des adultes, chez des jeunes parfois. Il se caractérise par l'enraidissement de la hanche, sans attitude définie, et surtout par les craquements, les gros craquements, dont l'articulation est le siège. Ces craquements peuvent devenir un véritable « bruit de noix », procédant d'une collision multiple de corps étrangers, et, de fait, la jointure est remplie de corps étrangers, ostéo-cartilagineux, de toute forme et de toute grosseur. Enfin, ces arthrites déformantes sont, en règle, particulièrement douloureuses, et créent des impotences fonctionnelles graves.

J'ai insisté déjà sur les résultats de grande amélioration, et sur l'atténuation des douleurs, qui succédaient alors à la résection de la

hanche, et sur les bénéfices à attendre de cette intervention, que j'ai plusieurs fois pratiquée; j'y reviendrai à propos du *genou*.

Après les arthrites, les **ANKYLOSES**, osseuses, fibreuses; — rectilignes, et en attitude normale du membre — en flexion, abduction, adduction, rotation. Il y a lieu de préciser avec soin, par l'exploration clinique, ces divers caractères, qui serviront de base à l'évaluation de la gêne fonctionnelle et aux indications thérapeutiques.

Toutefois, avant de conclure à l'ankylose, proprement dite, vous ferez bien de penser : aux **contractures musculaires** — à la **péri-arthrite**.

Les **contractures** peuvent être l'expression d'une lésion articulaire méconnue ou récidivante, ou rentrer dans le cadre des accidents pithiatiques. — Si vous examinez le sujet dans le décubitus dorsal, il est bien rare que vous ne puissiez faire tourner la cuisse « sur place », comme nous le disions plus haut, et constater que la tête roule, normale et libre. L'examen sous anesthésie fait tomber tous les doutes.

Il arrive pourtant qu'on ne puisse obtenir une mobilité complète, si l'attitude vicieuse date de loin, et que la contracture initiale se soit compliquée de rétraction, musculaire, tendineuse, aponévrotique. Mais l'articulation est indemne.

Elle l'est également dans la **péri-arthrite coxo-fémorale**, développée dans les bourses séreuses péri-trochantériennes, sous-fessières, et « symétrique » de la péri-arthrite de l'épaule. Les péri-arthrites succèdent d'ordinaire à un traumatisme, et ne sont pas très rares : elles valent d'être connues, et reconnues.

Douleurs de la hanche, s'exagérant par la marche, et souvent associées à une douleur du genou; aplatissement de la fesse, pli fessier abaissé; cuisse en flexion et abduction, donnant l'aspect de la fig. 704 (qui, elle, représente une ankylose proprement dite); claudication plus ou moins marquée.

C'est par l'examen en décubitus horizontal qu'on démontre le processus **extra-articulaire**, sans arthrite; la rotation « sur place » est très nette, et témoigne de l'indépendance réciproque des surfaces articulaires; de plus, si vous faites immobiliser le bassin par deux mains appliquées sur les épines iliaques antéro-supérieures, vous réussissez, sans trop de peine, à faire descendre au contact du lit, à étendre, la cuisse infléchie.

Il en va autrement dans l'**ANKYLOSE** vraie, **osseuse** ou **fibreuse** très serrée.

Vous verrez des ankyloses en rectitude : la rotation alternative du bassin compense, dans la marche, le jeu coxo-fémoral, qui manque.

Mieux vaut que ces ankyloses soient osseuses, car elles sont, de ce fait même, indolentes; l'ankylose fibreuse, même très serrée, est douloureuse, dans certains mouvements, et, de plus, exposée aux entorses.

Plus souvent, l'ankylose est en attitude vicieuse. Examinez d'abord le sujet debout, en arrière; puis explorez-le dans le décubitus, dorsal et latéral.

Voyez la figure 702 : ankylose de la hanche gauche en *demi-flexion et légère abduction*; l'homme est debout, droit : le membre repose sur le bout du pied, en équinisme. — Faites appliquer les deux pieds à



FIG. 702. — Ankylose de la hanche gauche en *demi-flexion et légère abduction*. Le sujet se tient debout : équinisme.



FIG. 703. — Id. Le sujet repose sur ses deux pieds, à plat : abaissement du pli fessier, obliquité du pli inter-fessier, courbure vertébrale compensatrice.

plat (fig. 703) : la hanche gauche s'abaisse; le pli inter-fessier devient oblique; le pli fessier s'abaisse; la colonne vertébrale dessine une forte incurvation postérieure (ensellure), et une légère convexité gauche : courbures de compensation.

Cette « compensation » rachidienne est constante dans toutes les attitudes vicieuses fixes de la hanche : il suffit de la relever, au cours de ce premier examen, pour être assuré que le fémur « tient » à l'os iliaque, dans l'attitude que vous constatez.

Mais « comment tient-il » ? Par soudure osseuse ? Par des adhérences fibreuses, étroites, solides, résistantes, mais qui laissent persister, pourtant, une ébauche de mobilité ?

Pour répondre à cette question, procédez au second mode d'examen

— et je reprends d'abord l'ankylose en flexion et légère abduction, représentée figures 702 et 703. Faites coucher votre sujet bien à plat, sur le dos ; glissez une main sous la région lombaire, et, de l'autre, cherchez à abaisser le genou, à étendre la cuisse ; à mesure que le mouvement s'accuse, la région lombaire se soulève et se creuse et vous voyez une lordose lombaire succéder au redressement de la cuisse. Pour apprécier aussi nettement que possible la nature de l'obstacle (osseuse ou fibreuse), faites immobiliser le bassin, par deux mains qui appuient verticalement sur les épaules iliaques, et cherchez à étendre la cuisse :

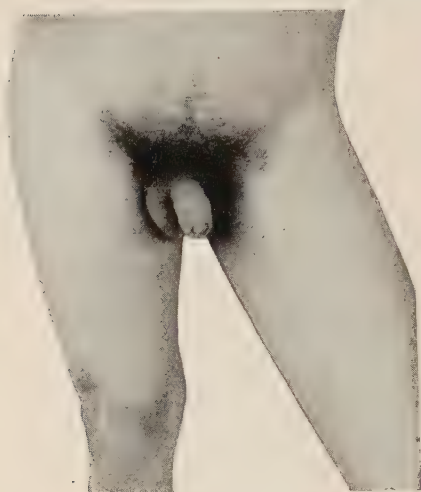


FIG. 704. — Ankylose de la hanche gauche en abduction. Le sujet debout.

si l'ankylose est complète, vous vous rendrez compte que rien ne cède,



FIG. 705. — Ankylose de la hanche gauche en abduction. Essai de rapprochement des deux cuisses, le sujet couché sur le côté sain.

et que le blocage coxo-fémoral donne l'impression de « continuité osseuse ». La radiographie achèvera de trancher la question.

Dans les ankyloses en *abduction* (fig. 704) faites coucher le sujet sur le côté opposé, et cherchez à rapprocher la cuisse déviée de la

cuisse saine, qui repose, étendue, sur le plan du lit (fig. 705); à mesure que ce rapprochement s'accuse, vous voyez la colonne lombaire qui se relève, et proémine en convexité, du côté malade.



FIG. 706. — Ankylose de la hanche gauche en abduction. Essai d'abduction.

Cherchez maintenant à écarter les deux cuisses, la cuisse saine se laisse déplacer librement en dehors; la cuisse malade résiste, et, si vous insistez, vous voyez un pli se creuser au-dessus de la crête ilia-

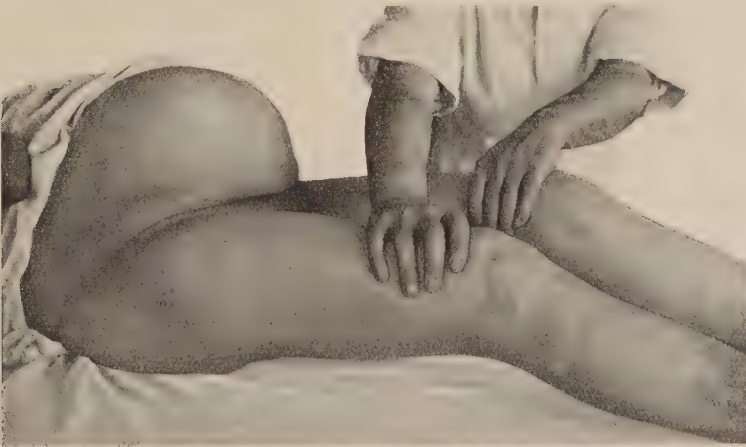


FIG. 707. — Ankylose des deux hanches. Essai d'écartement des cuisses.

que (fig. 706), et une inflexion latérale s'accuser de plus en plus : c'est le bassin qui joue, et qui se dévie du côté opposé.

Vous observerez — rarement — l'**ankylose bilatérale**, la figure 707 en est un exemple : les deux mains, appliquées comme le montre la

figure, s'efforcent à écarter les cuisses; elles n'y réussissaient qu'à un degré insignifiant, dans le cas ici représenté; on se rendait compte que l'ankylose était fibreuse, mais le rapprochement des deux cuisses, presque au contact, était à peu près fixe, et ne cédaît, dans une mesure notable, à aucune traction. Il s'agissait d'une ancienne arthrite gonococcique bilatérale.

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES ET TUMEURS

Les traumatismes ostéo-articulaires et les arthrites occupent évidemment la première place, dans la clinique de la région de la hanche; mais il y a lieu d'étudier encore les *affections inflammatoires et les tumeurs*, qui peuvent se rencontrer, et qui sont à explorer, *dans les parties molles, enveloppant l'articulation coxo-fémorale* — dans la **fesse** — à l'**aine**, dans le **triangle de Scarpa** — à la **région trochanterienne** — au niveau des **adducteurs**.

FESSE

Pour **explorer la fesse**, il faut placer votre malade dans le décubitus ventral, le membre inférieur en rotation externe : vous réduirez ainsi au minimum la résistance du grand fessier, et, à travers ce muscle plus ou moins détendu et flasque, vous pourrez explorer la région profonde : ce sera, de plus, au niveau du bord inférieur du grand fessier, au-dessus du pli fessier, que le palper trouvera à s'exercer, de bas en haut, en remontant, le plus possible, sous le muscle.

Vous trouverez, dans la fesse, à la suite de contusions, de chutes, etc., de gros **hématomes** profonds : une fesse proéminente, tendue, parfois noirâtre et ecchymotique, avec une voussure plus ou moins nettement fluctuante, au pli fessier. — Elle n'est pas constante, cette voussure, mais il faut toujours la rechercher, et, lorsqu'on la trouve, elle devient un précieux appoint pour le diagnostic. — C'est à ce niveau, dans le pli fessier, qu'il conviendra, du reste, d'inciser, lorsque ces hématomes suppurent.

A la suite des plaies étroites par coup de poinçon, de poignard, des plaies par balles — civiles —, vous verrez de pareilles collections fessières, mais il faudra toujours penser à l'anévrysme diffus, et rechercher avec le plus grand soin les battements et l'expansion. Accidents graves, s'il en fut, ces anévrysmes diffus de la fesse, par lésion de l'artère fessière : l'expérience de la guerre nous l'a tant de fois démontré!

Ce sont les hématomes suppurés qui représentent la forme la plus fréquente des **abcès chauds de la fesse**. D'autres abcès peuvent succéder

à des plaies superficielles, infectées (abcès lymphangitiques); — il y a enfin des suppurations pelviennes, qui fusent à la fesse par la grande échancrure sciatique. Ce sont là, fort heureusement, des éventualités exceptionnelles, si les malades sont traités et suivis.

J'en ai vu, il y a longtemps, un terrible exemple, chez une pauvre femme, qui avait été prise d'accidents utéro-pelviens tardifs, après une fausse couche dissimulée; chez qui l'on n'avait pas démêlé la vérité, et que l'on traitait, depuis trois semaines, pour je ne sais quelle affection typhoïde. Elle nous fut adressée finalement pour un abcès de la fesse droite, et, de fait, la fesse droite était le siège d'une énorme infiltration œdémateuse, et d'une vaste collection profonde. Mais la fosse iliaque droite et l'excavation pelvienne étaient, elles aussi, toutes remplies, et le toucher vaginal, comme le toucher rectal, conduisait sur un bloc d'œdème dur, qui obstruait tout le détroit inférieur. La malade était mourante, et ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, on trouva une suppuration pelvienne considérable, une suppuration fessière également monstrueuse : les deux foyers communiquaient largement par la grande échancrure.

On retiendra, en pratique, que, dans toute collection profonde de la fesse, on devra examiner le bassin, par le palper et par les deux touchers, et, que, dans toute suppuration ilio-pelvienne, il est sage d'explorer la fesse.

Sans insister sur ces formes exceptionnelles, rappelons encore que c'est au pli fessier qu'on trouvera le cul-de-sac de fluctuation déclive, ou la nappe d'œdème, qui dé-
cèle la suppuration profonde.

Mais voilà autre chose; pas de traumatisme récent, pas d'accidents inflammatoires : grosse fesse saillante, presque indolente, avec une masse profonde, incluse sous le grand fessier, ou qui proémine plus ou moins au pli fessier.

En présence de ces « tumeurs froides » de la fesse, il faut penser :

Aux **abcès froids**; abcès par congestion, d'origine vertébrale, ayant migré à la fesse par l'échancrure sciatique; abcès froids procédant de la coxalgie, de la sacro-coxalgie, d'une ostéite tuberculeuse iliaque, localisée : crête, aile iliaque, ischion.

Explorez donc le rachis, la coxo-fémorale, la sacro-iliaque

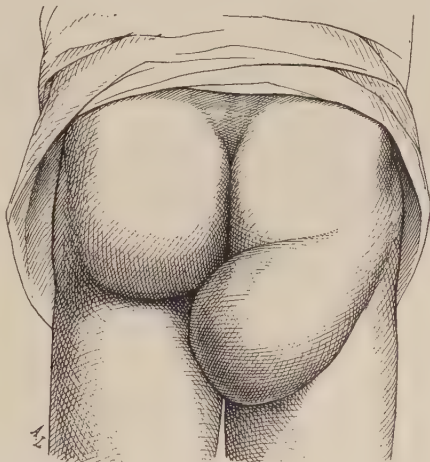


FIG. 708. — Gros hygroma sous-ischiatique.

(voy. plus haut, p. 453); et, si vous n'y trouvez ni douleur locale, ni déformation, ni attitude vicieuse, caractéristiques, explorez aussi l'os iliaque par les diverses pressions figurées plus haut (voy. fig. 508, 509, 510), et par le toucher rectal, conduit aussi haut que possible — et ne manquez pas d'appeler à votre aide la radiographie.

Notons ici les **abcès résiduels** qui survivent, si l'on peut ainsi



FIG. 709. — Sciatique; recherche de la douleur (signe de Lasèque).

dire, à la guérison de la lésion osseuse primitive, qui ne s'accompagnent plus d'aucun indice clinique ostéo-articulaire, et qui passent aisément pour des abcès du tissu cellulaire ou des bourses séreuses. Si l'on ne trouve plus de réactions nettes du côté du squelette et de la jointure, on relève pourtant, à un examen suffisant, des « séquelles de guérison », des raideurs, des ankyloses, des atrophies musculaires, etc., et il est utile de reconnaître l'origine réelle, antérieure, de ces collections, d'apparence isolée et indépendante, car il n'est pas rare que certain trajet les relie encore au foyer initial, trajet qu'il faut rechercher, suivre, exciser jusqu'au fond, pour réaliser une intervention complète.

Aux hygromas, aux collections des grandes bourses séreuses sous-fessière et ischiatique : *hématomes anciens*, très anciens parfois, et survenus à la suite d'un traumatisme oublié ou presque; *hygromas tuberculeux*; — *hygromas chroniques simples*, de pathogénie assez mal définie, mais qui peuvent acquérir un volume anormal. Voyez la fig. 708 : la poche kystique sous-fessière était grosse comme une tête d'enfant : c'était un hygroma chronique, sous-ischiatique, à contenu séreux.

Signalons enfin les gros **lipomes** de la fesse, sous-jacents au grand fessier, lipomes mous, pseudo-fluctuants, quelquefois, mais qui ne donnent pas l'impression d'une poche circonscrite et encapsulée, comme les hygromas — et puis, à titre tout exceptionnel, les *myxomes*, les *myxo-sarcomes*, les *sarcomes* du grand fessier.

Toutes ces tumeurs, inflammatoires ou autres, de la fesse, peuvent agir sur le nerf sciatique, et provoquer la **névralgie sciatique**. La « sciatique » (névralgie ou névrite) est susceptible de reconnaître toute une série d'autres causes originelles. Or, si le nerf est, dans les formes typiques, sensible à la pression, sur toute la hauteur de la face postérieure de la cuisse (ligne médiane), et derrière le col du péroné (sciatique poplité externe), il arrive que cette recherche des points douloureux coutumiers soit négative ou presque, et que la « sciatique » ne se démontre qu'à la manœuvre représentée figure 709 (signe de Lasègue). Relevez le membre inférieur *en rectitude*, et fléchissez-le, tout droit, à la hanche : si le nerf est intéressé, vous provoquerez de la sorte, une douleur aiguë à la face postérieure de la hanche.

AINE; TRIANGLE DE SCARPA

Plus haut (voy. *Région inguino-crurale*, p. 369), nous avons étudié l'exploration des hernies. — Il faut toujours penser aux hernies crurales, en présence d'une tumeur de l'aîne, aux hernies épiploïques irréductibles, aux sacs cruraux déshabités, lipomateux, kystiques (sacs de collet oblitéré et kystiques; hygromas pré-sacculaires); mais il faut surtout penser, aux **gros vaisseaux**, aux **ganglions**.

La ligne de l'*artère fémorale*, sur la cuisse en demi-flexion, abduction, et rotation en dehors, naît, en haut, à mi-distance de l'épine iliaque antéro-supérieure et de la symphyse pubienne; elle finit, en bas, au tubercule du grand adducteur; — l'*artère fémorale profonde* se détache du tronc commun à 4-5 centimètres (un demi-index) de l'arcade, mais cette émergence originelle est soumise à de nombreuses variations; — la *veine* est en dedans de l'artère; — le *nerf crural* paraît sous l'arcade, à mi-distance de l'épine iliaque antéro-supérieure et de l'épine du pubis; il descend dans la gaine du psoas; — la *crosse terminale de la saphène interne* est à deux doigts au-dessous et en dehors de l'épine pubienne.

Quant aux *ganglions*, il faut les chercher *sous l'arcade* : ganglions inguinaux, à grand axe oblique et parallèle à cette arcade; — *dans le*

triangle : ganglions cruraux, de grand axe vertical, d'ordinaire ; — en dedans du vaisseau, à l'angle interne du canal crural, au bord interne de la veine, au contact ou tout près du ligament de Gimbernat (reconnaissable au doigt qui plonge de bas en haut, au moins chez les sujets maigres) *ganglions inguinaux profonds* ; ganglion de Cloquet ; — en dehors du couturier, sur le relief du droit antérieur : *ganglions extra-inguinaux* ; — au-dessus de l'arcade, plus ou moins haut, sous la peau de la fosse iliaque : *ganglions sus-inguinaux*. Enfin, il convient d'explorer toujours la fosse iliaque externe (voy. fig. 710.), l'artère iliaque externe, et les ganglions adjacents.

Dans les affections **ganglionnaires aiguës**, si fréquentes : adénites aiguës ; *adéno-phlegmons et bubons*, la masse saillante, rouge, œdémateuse, lancinante, se dénonce au premier aspect et à la moindre exploration : il faut se souvenir qu'ici, comme en toute autre région, l'œdème est révélateur de suppuration.

Je voudrais rappeler encore les *adéno-phlegmons iliaques d'emblée* (voy. plus haut, p. 257), — et signaler les adéno-phlegmons « ectopiques », extra-inguinaux, sus-inguinaux, dont les exemples ne sont pas exceptionnels.

Mais, en dehors de tout accident inflammatoire, voici une **tumeur de l'aîne**, qui saille plus ou moins dans le triangle de Scarpa. A quoi penser ?

Avant tout, à une **TUMEUR GANGLIONNAIRE**.

Vous trouvez, à l'aîne, des ganglions plus ou moins volumineux, de consistance variable, mais *isolés et indépendants*, et, de ce fait, aisément reconnaissables : **adénites chroniques simples** (il ne faut jamais éliminer d'emblée l'hypothèse d'adénite chronique simple, que l'examen du bas de la jambe, du pied, des orteils, justifie parfois de tout point), — **adénopathies tuberculeuses** — **adénopathies cancéreuses** (voy. plus loin), — **lymphadénome** : gros ganglions, ronds, de consistance ferme, mais non indurés, bien isolés et glissant les uns sur les autres, organisés en un groupe compact et qui fait relief ; coexistence fréquente d'autres masses ganglionnaires, de même aspect, aux aisselles, au cou.

Ailleurs, les ganglions se sont fusionnés, et c'est *une masse, un bloc*, que vous palpez à l'aîne.

Ne manquez pas d'explorer avec soin le pourtour de ce bloc, en haut, en bas, sur les côtés : vous y reconnaîtrez souvent des ganglions périphériques, à demi inclus dans la masse commune, ou mobiles encore, et qui démontreront l'origine ganglionnaire de la tumeur.

Que représentent-elles, ces **TUMEURS GANGLIONNAIRES DE L'AINE**?

Le **bubon strumeux**, l'adénopathie tuberculeuse inguino-crurale. C'est là une affection fréquente, et fréquemment méconnue, ou tard reconnue, qu'elle survienne lentement, progressivement, sans accident aigu initial, ou qu'elle se greffe sur une adénite aiguë banale ou sur un bubon vénérien.

Examinez la surface, toujours un peu bosselée, la consistance inégale, souvent ramollie et fluctuante par places; constatez que la masse ne tient pas à l'os, cette pseudo-mobilité ne devant jamais faire oublier, du reste, les adhérences et l'engainement vasculaires, qui sont d'observation courante, dans ces adénopathies tuberculeuses, agglomérées, de la région inguino-crurale.

Enfin, explorez la fosse iliaque pour rechercher les *ganglions iliaques externes*; si vous conduisez bien cette recherche, vous les trouverez presque toujours, gros et douloureux à la pression, ces *ganglions iliaques externes*, le premier surtout, le plus voisin de l'arcade. Pendant qu'une de vos mains palpe la tumeur, l'autre devra toujours déprimer la fosse iliaque, chercher l'artère, et les ganglions (voy. fig. 292). On se trouvera bien, aussi, de pratiquer le palper du côté opposé (voy. fig. 293).

Vous verrez des bubons strumeux abcédés, fistuleux; et, ce qui importe surtout dans ces conditions, c'est l'état de la peau, plus ou moins infiltrée, violacée, ulcérée, plus ou moins apte à une restauration ultérieure. Et vous rencontrerez encore des formes bilatérales, ou des bubons unilatéraux, associés à une adénopathie iliaque, préminente et ramollie, ou à d'autres abcès froids de voisinage (fig. 710).

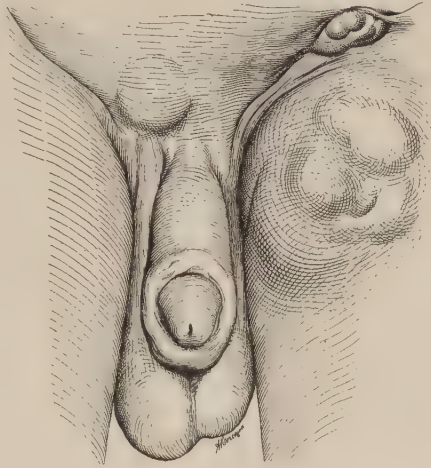


FIG. 710. — Bubon strumeux de l'aîne gauche; abcès froid ganglionnaire, iliaque externe, faisant relief sous l'arcade; abcès froid sus-pubien droit, probablement ganglionnaire (ganglion sus-inguinal); rien à l'aîne droite.

L'adénopathie néoplasique. — Il y a des cas, où l'origine et la nature en sont d'interprétation toute simple. Vous avez constaté un épithélioma de la verge, des bourses, de la vulve, de l'anüs : il est tout naturel de trouver à l'aîne des « ganglions »; ce qui reste à préciser,

c'est leur multiplicité, leurs adhérences, leur extension à la chaîne iliaque, autrement dit, les conditions de leur extirpation, complétant l'ablation du néoplasme originel.

Mais il arrive que l'on constate une masse bosselée, adhérente, d'une « dureté » particulière dans le triangle de Scarpa, alors que l'exa-

men balano-scro-tal, vulvaire, anal ne révèle aucun « point de départ », aucune ulcération suspecte, et que le toucher rectal est également négatif. Il importe, toutefois, d'insister sur tous les examens muqueux (rectoscopie, etc.), et de n'admettre le cancer primitif des ganglions que sous les plus expresses réserves.

Si l'on ne trouve rien aux territoires originels, il y a lieu de se souvenir, que ces ganglions, isolés, ou agminés, gros, durs, nettement néoplasiques, de l'aîne, se combinent parfois à des cancers intra-abdominaux latents, sans qu'on



FIG. 711. — Varices lymphatiques de la verge, du scrotum et de la cuisse (Th. Anger).

puisse préciser exactement le processus de diffusion; en pratique, il est bon d'examiner l'aîne, comme on explore le creux sus-claviculaire. Il arrivera enfin que ces tumeurs ganglionnaires soient ulcérées : ulcération cratériforme, irrégulière, de bords indurés, éversés, saignants.

L'adénite syphilitique tertiaire, la tumeur ganglionnaire gommeuse, ulcérée ou non, qui simule parfois le bubon strumeux ou l'adénopathie néoplasique, et à laquelle, en tout cas, il faut penser, et l'on y

pensera toujours, lorsque, à l'expérience, les « surprises » se seront multipliées (Bordet-Wassermann, etc.).

Je ne veux que signaler une forme rare de tumeur ganglionnaire, qui s'observe chez les coloniens, chez les sujets qui « reviennent » des pays chauds : l'**adéno-lymphocèle**, la lymphangiectasie ganglionnaire de l'aîne, filarienne le plus souvent, et que Th. Anger avait bien décrite. La tumeur est bilatérale, le plus souvent; elle est saillante, sous une peau normale et mobile; elle est souvent bosselée, et se reconnaît à sa dépressibilité particulière : elle s'affaisse sous la main, mais ne se vide pas, comme une poche liquide à communication profonde : elle s'aplatit, se tasse, et l'on sent encore dans sa masse, des noyaux, des tractus, une armature fibreuse, caractéristique. Quelquefois, — assez rarement — des varices lymphatiques se montrent à la surface de la tumeur, et autour d'elle, et affirment le diagnostic (fig. 711). Il n'y faut pas compter; mais, lorsqu'on a vu et

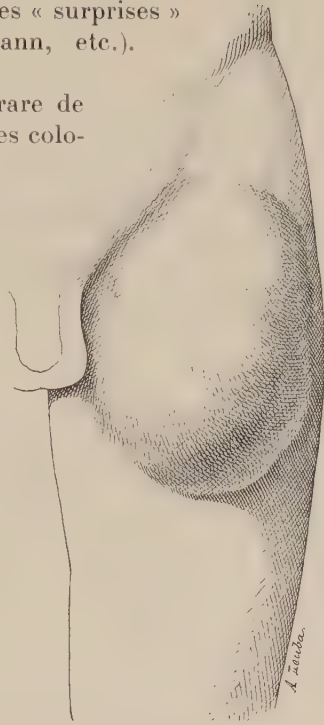


FIG. 712.

Gros fibrome aponévrotique de l'aîne.

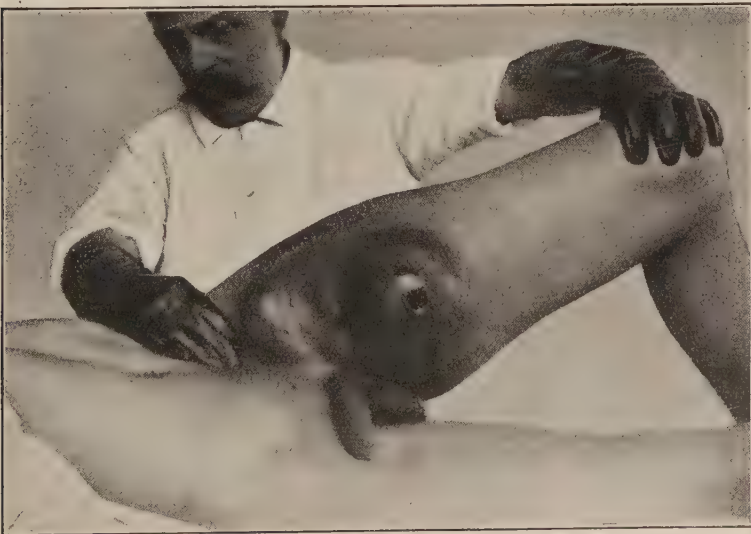


FIG. 713. — Énorme sarcome musculaire; récidivé, ulcéré, avec adénopathie, de l'aîne gauche.

palpé un premier adéno-lymphocèle, ou reconnaitra les autres, s'il s'en présente.

EN DEHORS DES GANGLIONS, vous rencontrerez d'autres tumeurs de l'aîne, et dont le relief ne démontrera rien par lui-même, jusqu'à ce qu'on ait procédé à l'exploration locale.

I. Voyez l'énorme « bosse » proéminente, représentée figure 712; elle

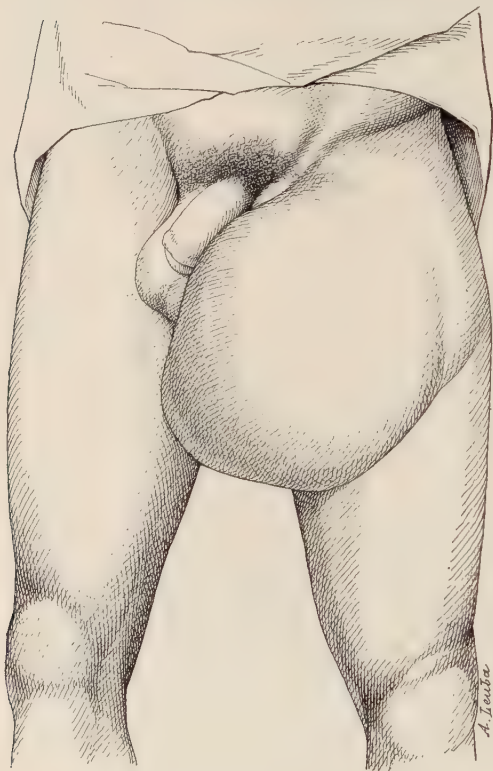


FIG. 714. — Énorme lipome de l'aîne gauche.

se déplaçait librement, en travers et de haut en bas, cette « bosse », et l'on se rendait parfaitement compte qu'elle était indépendante, et du squelette et des parties molles profondes : c'était effectivement, un volumineux **fibrome aponévrotique**.

Voyez la figure 713; cette fois, il s'agit d'un **sarcome musculaire**, occupant le vaste interne, les adducteurs, le droit antérieur, avec une grosse masse ganglionnaire inguinale; sarcome récidivé, après une première ablation locale, rebelle à une radiothérapie prolongée, ulcéré à la face interne de la cuisse, et qui avait été le siège, à ce niveau, d'hémorragies répétées.

Par l'exploration ici figurée, on cherchait à s'assurer que la masse néoplasique ne remontait pas au-dessus de l'arcade crurale, que la fosse iliaque était libre, comme la fesse était indemne. Je pratiquai une désarticulation de la hanche à lambeau postérieur, et la cicatrisation fut obtenue, avec une restauration frappante de l'état général. — Que durera cette « guérison », qui date aujourd'hui d'un an? Nous n'en savons rien.

Je rappellerai encore les **lipomes** qu'on trouve parfois encapsulés, bosselés, presque durs, et donnant l'illusion d'autres néoplasmes; ailleurs

mollasses, pendants, et de volume considérable (fig. 714); — et certains **sarcomes péri-vasculaires**, nés dans les gaines.

Toutes les tumeurs, dont nous venons de parler, se caractérisent par cette donnée d'exploration, qu'elles « ne tiennent pas » au squelette.

II. D'autres sont manifestement **adhérentes au fémur, au col, à l'os iliaque**, et font corps avec les os : *sarcomes osseux*. — Mais vous trouverez de ces tumeurs, qui présentent une consistance osseuse : ce sont des *sarcomes ossifiés*, ou encore des **hyperostoses** et des **ostéomes pré-coxaux**.

La figure 715 représente un type de ces *gros ostéomes pré-coxaux*; il s'agissait d'une volumineuse tumeur éburnée, saillante, qui remplissait le triangle de Scarpa; elle s'était développée peu à peu,



FIG. 715. — Gros ostéome pré-coxal.

depuis deux ans, à la suite d'un traumatisme de la hanche, sans fracture. J'intervins, et j'enlevai une énorme masse osseuse (fig. 716), qui occupait le psoas et remontait, avec lui, jusqu'à la branche horizontale du pubis, sans cohésion profonde avec le squelette. J'ai opéré deux autres cas du même genre, et de pareil volume; il convient d'être instruit de ces ostéomes péri-articulaires de la hanche, nés dans le psoas, ou encore dans le droit antérieur, et du volume anormal qu'ils peuvent acquérir.

(Nous parlerons, à la cuisse, des *ostéomes du moyen adducteur*).

Quant aux **hyperostoses du col fémoral**, consécutives, d'ordinaire, à des fractures (fig. 717), elles peuvent figurer aussi de grosses



FIG. 716. — L'ostéome péri-coxal de la figure 715, après ablation. On voit, plus foncée, en haut et en arrière, la surface d'aplique (sans cohésion) au fémur.

tumeurs éburnées, irrégulières, faisant relief au triangle de Scarpa, — au sommet du grand trochanter (fig. 718), ou à son bord postérieur (fig. 719), — au-dessous du pli génito-crural; des tumeurs qui, elles, font corps avec l'os, et se déplacent avec lui, dans la limite où leur volume, et leur saillie le leur permet.



FIG. 717. — Hyperostose du col fémoral, consécutive à une fracture (Malgaigne).

Ailleurs, vous relèverez une tumeur saillante de l'aîne, mais une **TUMEUR LIQUIDE, UNE POCHE**.

Il faut, avant tout, songer aux **tumeurs vasculaires**; en toute région que traversent une grosse artère et une grosse veine, l'attention première doit se concentrer sur les gros vaisseaux. Notez que ce n'est pas là



FIG. 718. — Hyperostose du sommet du grand trochanter.

une remarque théorique et banale : il y a des anévrysmes, qui battent peu, des anévrysmes anciens, peu volumineux, encombrés de caillots, méconnus. Si l'examen n'en est pas minutieux, *parce qu'on y pense*, ils peuvent prêter à de périlleuses confusions. (Voy. plus haut : *Hernie crurale*).

Explorez donc ces tumeurs de côté, à jour frisant, et palpez-les, comme

il convient. — Fig. 720 : anévrisme de la fémorale, consécutif à une plaie par pointe de couteau ; la main enveloppe la poche, les doigts d'un côté, le pouce de l'autre, sans serrer, et, dans cette attitude, elle est au mieux placée pour percevoir l'expansion ; — fig. 721 : l'une des mains palpe l'artère au-dessus, l'autre au-dessous, de la tumeur : les battements sont normaux au-dessus, ils sont manifestement affaiblis au-dessous. Cet anévrisme traumatique fut extirpé, après double ligature, et la guérison suivit, sans incident.



FIG. 719. — Hyperostose du bord postérieur du grand trochanter.

A côté de ces tumeurs vasculaires, qui « battent », il y a lieu de signaler les poches veineuses, les varices, et, en particulier, la grosse dilatation variqueuse, occupant parfois la crosse termi-



FIG. 720. — Anévrisme traumatique de la fémorale, au pli de l'aîne. Recherche de l'expansion.

nale de la saphène interne. Elle est classique, certes, et l'on trouve rappelées partout les erreurs d'interprétation clinique, dont elle peut

être l'origine, et cela, d'autant mieux, qu'on la trouve de temps en temps isolée, et sans varices notables à la cuisse. Il suffit, là encore, d'y penser.

Mais les tumeurs liquides de l'aîne, le plus couramment observées, ce sont les **abcès froids** : abcès par congestion d'origine pottique (voy. p. 432, fig. 492); abcès de la coxalgie; abcès consécutifs aux ostéites tuberculeuses péri-coxales.

L'abcès occupe assez souvent *la bourse séreuse du psoas*.

On voit — à titre tout exceptionnel — d'autres collections dans



FIG. 721. — Anévrysme traumatique de la fémorale au pli de l'aîne.
Palper de l'artère au-dessus et au-dessous.

cette bourse du psoas : des *hématomes* récents; des *hygromas à contenu hématique*, procédant de traumatismes anciens de la hanche; des *hygromas chroniques*, avec ou sans corps étrangers; et même des *hygromas tuberculeux*. La cuisse est, d'ordinaire, plus ou moins fléchie, et le fait est à noter, parce qu'il signale le siège de la tumeur au-dessous de la couche musculaire profonde. Il convient, du reste, de l'exagérer, cette flexion, pour apprécier autant qu'on le peut la masse qui saille au fond du triangle de Scarpa, et qui remonte, en haut et en dehors, jusqu'au-devant de la branche horizontale du pubis.

J'ai opéré trois hygromas de la bourse du psoas, et j'ai toujours été frappé de la hauteur du cul-de-sac supérieur de la poche : il y a, du reste, un intérêt pratique à en être instruit et à rechercher le cul-de-sac ascendant, en opérant — comme on explore — cuisse fléchie, psoas détendu.

RÉGION TROCHANTÉRIENNE

Nous avons décrit et figuré déjà (voy. fig. 681, 684, 698) les divers modes d'exploration applicables au grand trochanter, à ses bords antérieur et postérieur, à son sommet, lors des traumatismes dont il peut être le siège.

Signalons encore la manœuvre représentée figure 722, qui permet



FIG. 722. — Exploration du grand trochanter et de la région trochantérienne.

d'explorer le trochanter et la région trochantérienne, tout en s'assurant de la mobilité de la hanche.

Nous n'avons qu'à rappeler également les **trochantérites** : trochantérites **aiguës**, ostéomyélitiques, avec rougeur, œdème, douleur aiguë à la pression de la saillie osseuse, alors que la pression articulaire, et les mouvements de la hanche restent indolents; abcès; — trochantérites **chroniques**, qui peuvent être *ostéomyélitiques*, elles aussi, ou *tuberculeuses*.

Vous verrez de ces grands trochanters, un peu épais, compacts, mais de contours à peu près réguliers, recouverts d'une peau normale, et qui glisse, mais qui sont le siège de douleurs lancinantes, récidivantes, tenaces; — douleurs spontanées, le plus souvent exacerbées par la marche, la fatigue, mais susceptibles de se prêter à des accalmies plus ou moins longues, et de se réveiller brusquement, et qui, d'ordinaire, s'accusent surtout la nuit — douleur à la pression

trochantérienne, en tel ou tel point, qu'il faut rechercher, et douleur aiguë, nette, et constante aux explorations successives. Plus ou moins vite, surviennent de petites élévations thermiques vespérales, puis des accès fébriles à répétition.

Vous pouvez être assuré, dès lors, qu'« il y a du pus dans le trochanter » ; parfois, une plaque d'œdème péri-trochantérien se sera montrée alors, et c'est à ce niveau, qu'il faudra intervenir ; même si cet indice manque, fièvre et douleur osseuse, fixe, à la pression, dénoncent l'abcès osseux (*l'abcès douloureux des os*), et il faudra trépaner. J'avais vu autrefois, avec Le Fort, des faits de ce genre, des plus caractéristiques ; j'en ai retrouvé, depuis, d'assez nombreux exemples, et je crois qu'il y a lieu d'insister sur ces **ostéomyélites, chroniques, d'emblée ou chroniques prolongées, du grand trochanter.**



FIG. 723. — *Fistules ostéomyélitiques trochantériennes.*
Ankylose fibreuse de la
hanche, en flexion légère.

En général, le processus n'est pas le même lors de **trochantérite tuberculeuse** : les accidents douloureux locaux sont moins prédominants, le trochanter se déforme plus vite, s'arrondit, s'épaissit, se ramollit, s'entoure d'une nappe mollassse d'œdème et de fongosités, surtout accusée dans la zone ischio-trochantérienne, et, plus tard, d'abcès froids. La trochantérite tuberculeuse isolée, indépendante, semble bien avérée, au moins chez l'adulte ; mais on fera bien toujours de tenir pour un peu suspecte l'articulation adjacente, quelles qu'en soient encore l'indolence et la mobilité.

Notons ici les **fistules de la région trochantérienne**. Voyez figure 723 : à quoi penser ?

Fistules des parties molles, d'une bourse séreuse péri-trochantérienne : hygroma suppuré, qui s'est ouvert seul ou qu'on a mal ouvert ; hygroma tuberculeux ; gomme tuberculeuse fistulisée. — Le stylet conduit alors dans un vaste décollement, — où l'on ne trouve nulle part d'os découvert. Méfiez-vous, toutefois, et n'admettez que sous bénéfice d'inventaire l'absence de lésion osseuse originelle.

Fistules osseuses, ostéomyélitiques ou tuberculeuses, cette fois encore ; explorez le trajet, et l'os dénudé, tout au fond ; mais explorez aussi le grand trochanter, « hypertrophié », élargi, dur, en général, lors d'ostéomyélite, et l'articulation. N'oubliez pas, d'ailleurs, que l'articulation peut être enraidie, en flexion, dans l'ostéomyélite, à la suite des accidents aigus initiaux, ou même par le fait d'une mauvaise attitude invétérée (fig. 723).

Sur le grand trochanter, vous rencontrerez encore des *ostéosarcomes*, et aussi des tumeurs osseuses, des *hyperostoses*, consécutives à un traumatisme ou à une ostéomyélite ancienne, et revêtant parfois des formes anormales, qui surprennent. Ainsi en était-il des hyperostoses localisées, représentées figures 718 et 719.

Quant aux *tumeurs des parties molles*, qui s'observent à la région trochantérienne, il y a lieu de rappeler, en particulier, avec les *abcès froids*, les *hygromas*, superficiels ou sous-aponévrotiques.

FACE INTERNE, RÉGION DES ADDUCTEURS

Nous avons insisté à maintes reprises sur l'exploration, « en dedans de la hanche », au niveau et au-dessous du pli génito-crural. — On y découvre les hernies obturatrices (voy. fig. 454), mais aussi des abcès froids, émanant de l'articulation ou de la branche ischio-pubienne; — des kystes (bourses séreuses anormales), et encore des *tumeurs du petit trochanter*, cals hyperostosés, sarcomes, etc.

C'est par là, en pénétrant dans l'interstice des adducteurs, en portant la cuisse en abduction progressive, qu'on est le mieux placé pour explorer le petit trochanter; c'est par là que le chondro-sarcome, représenté figure 724, apparaissait nettement au palper et s'accusait même par quelque relief.



FIG. 724.
Chondro-sarcome du petit trochanter, récidivé.

CUISSE

COMMENT EXPLORER LA CUISSE ? — Sur une cuisse normale, maigre, bien musclée, les reliefs musculaires dessinent des sillons et des fossettes, qui servent de repères; mais, en clinique, nous avons affaire très souvent à des cuisses déformées, tuméfiées, infiltrées, et cette morphologie de l'anatomie vivante ne se retrouve plus. Pourtant, on gagnera toujours à l'avoir étudiée et à la bien connaître; car les *sil-*

lons principaux et les *fossettes*, qui n'apparaissent plus, à la vue, n'en restent pas moins les zones les plus dépressibles au doigt, les lignes et les points, où il faut palper, pour pénétrer dans la profondeur, jusqu'à l'os, ou aussi près que possible de l'os.

A la *face externe* (voy. fig. 723), en haut, le relief vertical du droit antérieur, le relief oblique en arrière, du tenseur du fascia lata, et une fossette intermédiaire, constante, et profonde, lorsque les deux muscles sont contractés; — plus bas, le long et large méplat du fascia lata; — au bord postérieur de ce méplat, un sillon longitudinal : le sillon



FIG. 725. — Face externe de la cuisse et du genou : sillons et fossettes (anatomie vivante).

bicipital; c'est le biceps, la longue portion du biceps, qui saille en arrière et descend jusqu'à la tête du péroné. Eh bien ! implantez vos deux pouces à la partie moyenne de ce sillon bicipital, pendant que vous empaumez des deux mains la face antéro-externe de la cuisse (fig. 726), et faites-les glisser en sens inverse, de bas en haut, et de haut en bas. Si vous insistez, vous pénétrerez très profondément, et vous recueillerez toujours d'utiles données de cette exploration externe.

L'exploration *en arrière*, sur la ligne médiane postérieure, dans le sillon, dans l'espace dépressible, intermédiaire au biceps et au demi-tendineux, sera ensuite à pratiquer, et l'on fera bien d'y procéder de bas en haut, en commençant par le triangle poplité (voy. p. 679 : *Creux poplité*).

A la *face interne*, vous ne trouverez qu'un accès profond beaucoup moins facile; c'est l'artère, — et ses battements — qui serviront

de repère, et ce sera aussi le grand adducteur, son tendon, et son tubercule d'attache déclive, si vous savez le faire contracter, pendant qu'une main, appliquée en dedans du genou, s'oppose au mouvement.

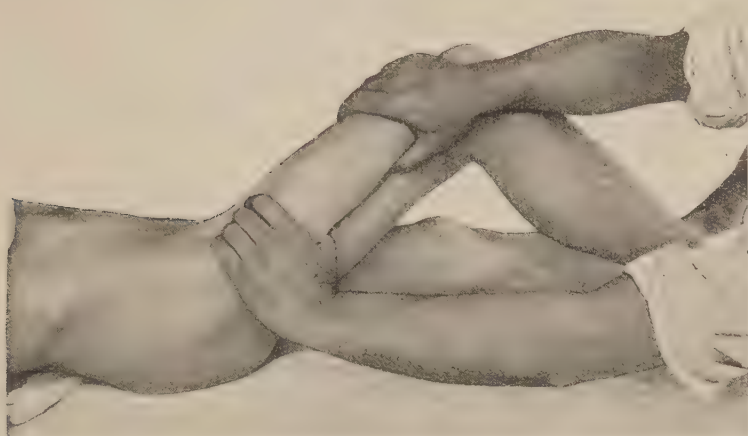


FIG. 726. — Exploration de la cuisse au niveau du sillon bicipital.

Vous verrez alors se creuser, au-devant du tendon, une fossette profonde, la fossette de Jobert (fig. 727), par où vous aurez voie sur le condyle fémoral interne.

Sur le devant de la cuisse, la gaine musculaire est épaisse et con-

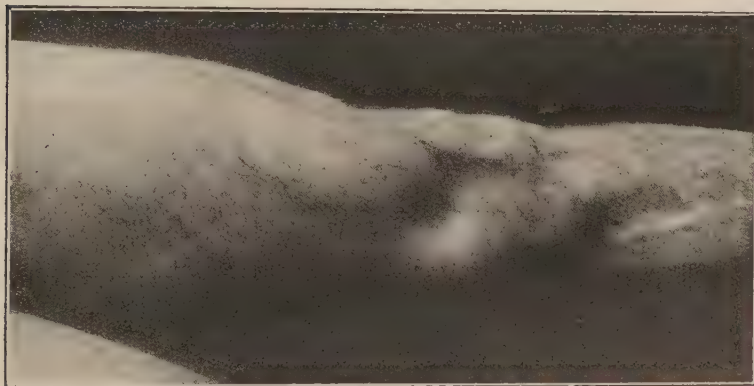


FIG. 727. — Face interne de la cuisse et du genou : sillons et fossettes — la fossette de Jobert — (anatomie vivante).

tinue; et, s'il n'y a pas d'atrophie marquée, le palper profond en devient moins aisé et moins précis, hormis le cas de tumeurs saillantes.

Ce ne sont là, du reste, que des indications générales, et les pro-

cédés d'exploration se transforment et se multiplient, suivant les affections qui se présentent.

TRAUMATISMES

Voilà une éventualité clinique, commune, s'il en fut : traumatisme de la cuisse, coup de pied de cheval, heurts de toute espèce, chutes, « roue de voiture »; j'y ajouterai même, pour l'examen primitif que je vais esquisser, les plaies par armes à feu « civiles ».

Y a-t-il fracture? C'est, ici encore, la question initiale qui se pose.



FIG. 728. — Rupture du droit antérieur de la cuisse.
Flexion du genou : le relief proémine.

Faites soulever le talon; — le talon se soulève librement, au-dessus du lit : la cause est entendue, **il n'y a pas de fracture**. Tout est limité aux parties molles.

Ce n'est pas que la cuisse ne soit parfois très déformée, saillante et tuméfiée ici ou là : gros *hématome*, sous-cutané, intra-musculaire, sous-musculaire, au point de choc; — on voit, à la face externe, à la surface de l'aponévrose de Maissiat, de ces collections sanguines considérables, qui peuvent occuper toute la hauteur de la cuisse.

Mais vous verrez aussi, parfois, à la face externe de la cuisse, remontant à la région trochantérienne et à la fesse, une vaste poche toute superficielle qui semble à demi pleine, et qui ballotte sous la main : *épanchement traumatique de sérosité*, de Morel-Lavallée. Vous retrouverez de pareils épanchements à la région lombaire, où se réalise également leur condition pathogénique habituelle : plan aponevrotique résistant; glissement forcé, tangentiel, de la peau, sous l'action de traumatisme.

On peut observer encore, à la cuisse, à la suite d'un heurt direct, ou plus souvent d'une contraction musculaire brusque, de défense, des **ruptures musculaires**. Elles sont assez fréquentes, au niveau des *adducteurs*, chez les cavaliers.

Les figures 728 et 729 représentent une rupture du droit antérieur de la cuisse, et le diagnostic de rupture, et non de hernie, s'accuse par les deux manœuvres figurées; on fléchit le genou (fig. 728) : le relief persiste et proémine (il s'effacerait, s'il s'agissait d'une hernie); — la cuisse est palpée en attitude horizontale : de la main droite, on



FIG. 729. — Rupture du droit antérieur de la cuisse.
Palper du sillon transversal de rupture.

empaume la saillie musculaire; de la main gauche, on pénètre dans le creux, le fossé transversal, qui la limite en dessous (fig. 729).

Votre blessé **ne peut pas relever le talon : fracture**. — Deux autres « petits moyens » d'exploration, tout simples, sont tout de suite à appliquer, si la cuisse a gardé sa rectitude et sa forme normales : empaumez, d'une main, la région trochantérienne; de l'autre, empaumez les condyles, et pressez de bas en haut, *dans l'axe du fémur* : vous provoquerez la *douleur locale*, s'il y a fracture; — sans toucher à la cuisse, renversez le genou en dehors, renversez-le en dedans, faites la rotation « sur place », dont nous parlions plus haut (voy. p. 392), et vous réveillerez encore la *douleur locale* (souvent même, la crépitation).

Mais il arrive, le plus souvent, lors de fracture, que la cuisse, à première vue, apparaisse nettement déformée : déviation angulaire à

sommet externe, chevauchement et raccourcissement, rotation en dehors du membre, qui repose, inerte, sur sa face externe; le diagnostic ne présente plus, alors, de difficultés, et c'est à le préciser (nombre et disposition des fragments, réductibilité, etc.) qu'il faudra s'attacher, par l'examen local et par la radiographie.

Dans les **fractures basses, sus-condyliennes**, la déformation est, d'ordinaire, considérable, et surprend : on croirait, de prime abord, à une luxation du genou en arrière, et un palper très précis permet seul de « définir » la voussure saillante antérieure. Ce ne sont pas les

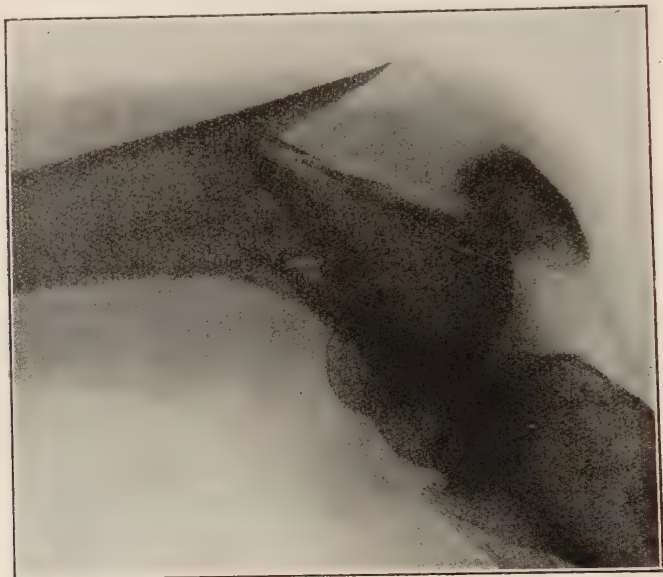


FIG. 730. — *Fracture sus-condylienne du fémur : fragment supérieur, angulaire, chevauché en bas et en avant.*

condyles : c'est un fragment osseux angulaire, chevauché en bas et en avant, et qui, de temps en temps, par sa pointe, embroche le derme, le plisse et le fixe, ou même perfore la peau. Ailleurs, il descend jusqu'au contact de la rotule; mais dans l'une ou l'autre éventualité, en la cherchant bien, on découvre, en dessous, la rotule, régulière, plus ou moins mobile, et, derrière elle, à son contact, les condyles fémoraux, les condyles tibiaux. Le genou est rétropulsé « en bloc » et la rétropulsion s'est produite au niveau de la fracture sus-condylienne (fig. 730).

Il faut s'informer tout de suite de la réductibilité possible, en immobilisant le devant de la cuisse, d'une main, pendant que, de l'autre, largement appliquée à la *face poplitée*, on cherche à relever, progressivement, le genou. En procédant de la sorte, on exerce une action plus

directe sur les condyles fémoraux, que si l'on relève l'extrémité déclive de la jambe; et puis, lors de cette dernière manœuvre, on agit sur un long bras de levier, et l'on peut craindre, dans une fracture qu'on « ne connaît pas » encore, de faire brusquement basculer en arrière le fragment inférieur, et de léser les vaisseaux; il convient de *toujours penser aux vaisseaux, dans ces fractures basses*.

Aussi conseillerais-je de ne jamais insister pour réduire, lors de ces fractures, avant de les « bien connaître » par la radiographie — sous réserve que la radiographie soit vite faite, et qu'on ne perde pas de temps, car, plus la réduction tarde, plus elle est difficile, et le fait est vrai, toutes proportions gardées, pour les fractures comme pour les luxations.

Le résultat des manœuvres de réduction est, d'ailleurs, souvent négatif, ou fort insuffisant, en présence d'une fracture sus-condylienne à grand chevauchement, et l'intervention opératoire devient indiquée. Nous avons eu l'occasion d'observer trois cas de ce genre, l'hiver dernier (et les trois images radiographiques, toutes semblables, reproduisaient celle de la figure 730); deux cas furent traités par la réduction à ciel ouvert, le modelage et la suture des fragments; le troisième se prêta à la réduction « par manœuvres externes ».

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES

Ici encore, un traumatisme initial est intervenu parfois, et il peut donner le change. Que de fois ne verrez-vous pas, chez les enfants et les jeunes sujets, des accidents aigus survenir à la suite d'une contusion banale de la cuisse, d'une chute! *Il faut toujours penser à l'ostéomyélite*. Nous en reparlerons tout à l'heure, au *Genou* (voy. p. 649).

Mais, en dehors de l'ostéomyélite aiguë, on peut observer, à la cuisse, une série de phlegmons et d'abcès, d'origine « courante », et qui se reconnaissent aux moyens « courants » d'exploration : hématomes suppurés, abcès sous-cutanés, parfois très volumineux, développés « sous » une érosion infectée, une brûlure, etc.; abcès lymphangitiques, superficiels ou profonds, à la suite d'une infection périphérique (orteils, pied).

Je voudrais me borner à signaler les **abcès profonds de la cuisse**, en avant, sous-jacents au quadriceps, et qui « font bosse » à la face antérieure (fig. 731). C'est au palper transversal, tel qu'il est représenté ici et en déprimant la zone œdémateuse dont ils s'enveloppent d'ordinaire, qu'on reconnaîtra la fluctuation profonde, sous-musculaire. Bien entendu, c'est l'os qu'il faudra suspecter d'abord, et soigneusement explorer, par la pression latérale et postérieure, par la pression dans l'axe.

Mais, si l'os ne réagit nullement et n'est pas douloureux; si vous n'avez pas affaire, suivant toute vraisemblance, à un abcès ostéitique, quelle peut être l'origine de cette collection purulente aiguë, en pleine cuisse?

Abcès lymphangitique profond, ayant pour point de départ une minime lésion de l'extrémité déclive du membre, abcès unique, volumineux, consécutif à un processus d'infection transmise, qui n'a rien eu de classique : pas de suppuration en série; pas de lymphangite superficielle reconnue. Le mode pathogénique n'en paraît pas moins avéré; et, quoi qu'il en soit, il faut connaître ces gros abcès chauds de



FIG. 731. — Gros abcès profond de la cuisse : exploration.

la cuisse, et aussi, du mollet, de la face externe de la jambe, auxquels on ne trouve d'autre cause qu'un « micro-trauma » déclive, et qui guérissent très simplement, après incision.

Abcès éberthien, consécutif à une fièvre typhoïde, qui, parfois, date de loin. Dans un de nos cas, la dothiéntérie datait de près de deux ans; l'homme avait toujours gardé quelque gêne douloureuse à la cuisse droite : le relief saillant avait paru au cours des six dernières semaines. On retrouva le bacille typhique dans le pus prélevé à l'incision.

Vieil hématome, méconnu (le traumatisme crural, lui-même, n'a parfois laissé que d'assez vagues souvenirs), et qui, à la suite de telle ou telle infection cutanée banale, ou d'une infection générale, grippe, embarras gastrique fébrile, etc., suppure.

Abcès froid « échauffé », et qui procède, assez souvent, d'une tuberculose musculaire (voy. p. 629).

TUMEURS DE LA CUISSE

Tumeurs osseuses; tumeurs des parties molles : c'est à préciser cette donnée première que doit d'abord s'attacher l'exploration.

I. Tumeurs osseuses. — La besogne est parfois assez simple, en particulier, lors de tumeurs, de consistance osseuse, implantées en tel ou tel point, par un pédicule relativement étroit, autrement dit, lors d'**exostoses**.

Le point d'implantation n'est pas, du reste, indifférent : c'est à la hauteur de la ligne dia-épiphysaire inférieure, et, le plus souvent, en dedans, que vous trouverez les **exostoses de croissance** (ostéogéniques, épiphysaires); elles figurent d'ordinaire un crochet remontant (fig. 732); lorsqu'elles sont volumineuses elles font relief et soulèvent la peau; mais il y a des exostoses de médiocre développement, incluses dans le vaste interne (et parfois douloureuses), qu'il faut chercher, en palpant la



FIG. 732. — Exostose de croissance de l'extrémité fémorale inférieure; à droite, l'exostose en place; à gauche, l'exostose extirpée.

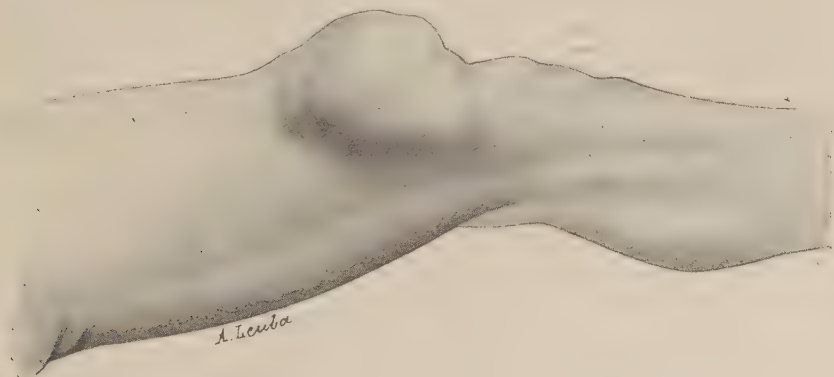


FIG. 733. — « Exostosis bursata » de l'extrémité fémorale inférieure.

face interne de la cuisse, de bas en haut, au-dessus du genou.

Ici encore, vous pourrez voir — exceptionnellement — l'**exostosis bursata**, que nous avons décrite et figurée plus haut (voy. fig. 568

et 569). Elle siégeait à la face antérieure, au-dessus du genou, dans le cas représenté fig. 733, et je tiens à dire que je fis le diagnostic, avant l'examen radiographique, instruit par le premier exemple, qui vient d'être rappelé, et par deux autres faits, que j'ai observés depuis. Vous ferez de même, au moins à la seconde rencontre, si vous avez bien étudié la première.

Tumeur saillante, au-devant de l'extrémité fémorale inférieure; poche liquide, fluctuante, peu tendue; en la déprimant, on sent une



FIG. 734. — « Exostosis bursata » de l'extrémité fémorale inférieure. Radiographie.

série d'excroissances osseuses; au niveau des culs-de-sac latéraux de la poche, on retrouve, émergeant du fémur, la base d'implantation de ce bloc osseux; le fémur lui-même est tout à fait normal. Bien entendu, le genou est indemne. La radiographie confirme de tout point ces résultats de l'examen (fig. 734). L'extirpation de la tumeur fut pratiquée : évacuation d'une vaste cavité kystique, de contenu clair (et, cette fois, sans corps étrangers); abrasion au ciseau du bloc osseux, végétant et encroûté de cartilage.

Il convient de signaler encore certains ostéomes, localisés et proéminents, qui peuvent s'intituler *exostoses traumatiques* : l'implantation en est toujours plus large; la forme plus ou moins convexe et bosselée, et le siège répond au niveau d'application du traumatisme originel, ou à son voisinage.

Ailleurs, *il ne s'agira plus d'une tumeur osseuse périphérique, localisée*; mais vous constaterez un **gros fémur**, dans la zone diaphysaire ou l'une des zones épiphysaires, un fémur élargi, épaissi, « soufflé », qui remplit toute la cuisse, ou presque, la gaine musculaire étant plus ou moins atrophiée, — et qui, souvent, dessine un relief circonférentiel, fusiforme ou bosselé.

Que représentent ces « gros fémurs »? Avant tout, appréciez leur consistance, en explorant toute leur surface.

Ils sont durs, d'une *dureté osseuse*. Bien; je laisse de côté les *cals difformes*, les cals hypertrophiques » : le diagnostic s'impose.

Je signale seulement les *ostéomyélites chroniques*, consécutives aux plaies d'armes à feu : il y a des cicatrices; il y a l'histoire, qui n'est jamais oubliée, du traumatisme initial. Que de fois ne voyons-nous pas encore, comme séquelles de guerre, de ces énormes fémurs! Et les poussées aiguës, les abcès, dont ils deviennent souvent le siège, restent d'observation courante.

Le processus est tout analogue, dans l'ostéomyélite chronique *prolongée*, et, là aussi, on trouve, dans les cicatrices, et dans l'histoire antérieure, les éléments d'une interprétation aisée.

La situation n'est plus la même, lorsqu'on ne découvre ni cicatrices ni accidents aigus antérieurs, mais **un gros fémur**, qui s'est développé lentement, presque sans réaction. A quoi penser?

Ostéomyélite chronique d'emblée, surtout chez les sujets encore jeunes, avant quarante ans. Il convient, du reste, de ne se ranger définitivement à ce diagnostic qu'après enquête suffisante; en cherchant bien, vous retrouverez souvent, dans le passé, non pas l'ostéomyélite aiguë caractérisée, mais une ou plusieurs crises, douloureuses, fébriles, passagères, qui n'en témoignent pas moins des emprises d'infection osseuse.

D'autre part, vous pouvez rencontrer un gros fémur stable, inerte, indolent, qui gêne parfois, mécaniquement, par son volume ou ses irrégularités de surface, mais qui est, en somme, « fixé » dans son « hypertrophie » et sa forme; ailleurs, ce fémur paraît bien grossir encore, il est douloureux par intermittences; le processus ostéitique, pour chronique qu'il soit, n'y est pas éteint, et, si les douleurs s'accroissent, en s'accompagnant de quelques poussées fébriles, il y aura lieu de songer à l'« abcès douloureux des os ».

Ostéite chronique syphilitique, hyperostosante, de surface éburnée, et plus ou moins lisse et régulière. — En pratique, il faut toujours garder une arrière-pensée à la syphilis, et procéder à l'examen spécifique, bien que le traitement soit le plus souvent destiné à rester alors inefficace. Mais une bonne interprétation causale préviendra des traitements opératoires intempestifs.

Il est bien exceptionnel que la *tuberculose osseuse* revête cette

forme centrale, incluse sous une carapace dure, continue; mais certains *sarcomes médullaires* peuvent se présenter, au moins pendant un stade initial, sous cette apparence. J'ai vu, au moins, deux cas de ce genre, où, croyant à une ostéomyélite chronique d'emblée avec abcès, j'ai été tout surpris de tomber, après évidemment, dans un bloc de tissu manifestement sarcomateux (ce qui fut confirmé, du reste, par l'examen histologique).

En présence de ces tumeurs dures, osseuses, circonférentielles, faisant corps avec l'os, on aura donc à discuter les diverses ostéomyélites chroniques, la syphilis, certaines formes de sarcome central.

Ailleurs, vous aurez affaire à une masse, plus ou moins volumineuse, qui procède de l'os, l'engaine, ou s'implante largement sur telle ou telle de ses faces, mais dont la consistance n'est plus celle dont nous venons de parler. C'est, cette fois, une tumeur ferme, rénitente, — ou ramollie, dépressible — ou fluctuante, et recélant, suivant toute vraisemblance, une poche liquide à son centre.

Tous ces caractères sont intéressants à préciser, autant que faire se peut, par un palper minutieux; à eux seuls, ils ne permettent pas, bien entendu, de rien conclure; ils fournissent pourtant un appoint fort utile, dans la discussion clinique à instituer, et qui portera sur le **sarcome**, la **syphilis gommeuse**, la **tuberculose**. Examen et discussion se présentent, du reste, dans des conditions assez différentes, suivant que la tumeur est *diaphysaire* ou *épiphysaire*.

Le **sarcome diaphysaire** est assez souvent fusiforme, ou encore proéminent d'un côté, et plus ou moins bosselé; il est compact, parfois dur par places (sarcome ossifiant), ou ramolli en quelques points; vous pourrez rencontrer, surtout chez de jeunes sujets, des sarcomes mous, diffuents, dont le pronostic est, du reste, en général, plus grave encore. La *dilatation du réseau veineux sous-cutané* vaut toujours d'être relevée, et l'on n'oubliera pas d'explorer les ganglions inguino-cruraux et iliaques externes.

Le **sarcome des épiphyses** affecte souvent des apparences « articulaires »; il se confondrait aisément, à première vue, avec telle ou telle forme d'arthrite chronique; en haut de la cuisse, il figure, s'il est de gros volume, une sorte de gigot, dont le relief s'accuse encore par l'atrophie sous-jacente du membre.

Voyez, d'autre part, la figure 733; l'aspect est celui d'une énorme tumeur blanche, avec subluxation du tibia en arrière; il y avait, de plus, des fistules à la hauteur de l'articulation; enfin, la malade, une jeune fille de dix-neuf ans, était pâle, amaigrie, et « toussait ». De fait, on s'était vraisemblablement arrêté au diagnostic de tuberculose articulaire, car le membre était immobilisé depuis six mois dans une gouttière plâtrée, qui, du reste, s'était singulièrement évasée sous la pression du volume croissant du genou et de la cuisse.

C'était un sarcome, qui remontait jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, qui avait envahi et boursouflé les deux condyles, qui proéminait en bas et en avant, au-dessus de la rotule, et de l'articulation, restée indemne. La toux était due à la métastase pulmonaire; il y avait de gros ganglions inguino-iliaques. Dans ces conditions et devant cette cachexie avancée, la désarticulation de la hanche ne parut pas exécutable; on eut recours à la radiothérapie, sans résultat; au bout de quelques semaines, la jeune malade succombait à une broncho-pneumonie « néoplasique ».

Nous reparlerons plus loin (voy. *genou*) de ces localisations

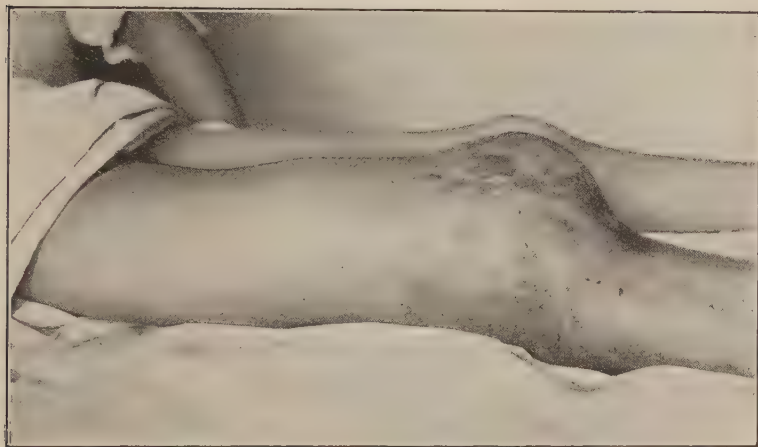


FIG. 735. — Gros ostéo-sarcome de la moitié inférieure du fémur droit, chez une jeune fille de dix-neuf ans.

épiphysaires et condyliennes des ostéomyélites chroniques, de la syphilis, et de la tuberculose, et des difficultés qu'elles peuvent créer au diagnostic.

II. — J'arrive maintenant aux **tumeurs des parties molles**, indépendantes du squelette; lors de gros néoplasmes, infiltrés au loin, cette indépendance est parfois malaisée à établir (voy. le gros sarcome musculaire, représenté fig. 743) et la recherche de la mobilité profonde doit être conduite avec un soin particulier et en bonne attitude, ce qui veut dire que les muscles régionaux seront aussi détendus que possible.

Cette recherche primordiale de la mobilité permettra aussi de reconnaître d'emblée les **tumeurs aponévrotiques**, fibromes, sarcomes, fibro-sarcomes.

Elles se présentent parfois, à la cuisse, sous un volume considérable. — Fig. 736 : énorme tumeur aponévrotique, qui s'insérait sur toute la hauteur de la face interne; mais ballottait librement,

se laissait refouler en arrière, en avant, et soulever à sa base. L'intervention montra qu'elle émergeait de l'enveloppe fibreuse du membre, et ne s'étendait pas au-dessous. C'était un fibro-sarcome kystique (fig. 737).

Parmi les **tumeurs sous-aponévrotiques**, il y a lieu de distinguer

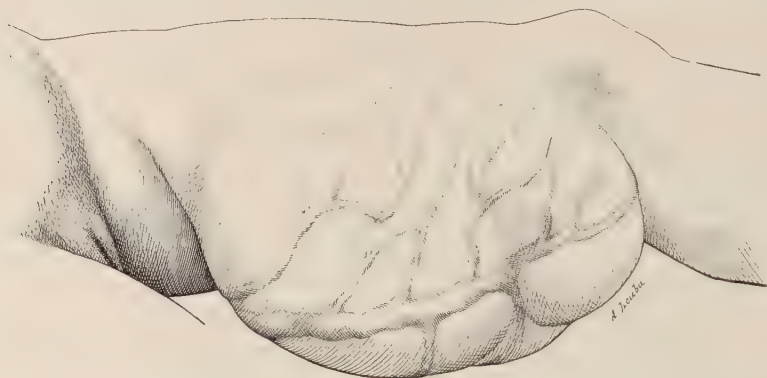


FIG. 736. — Énorme fibro-sarcome kystique aponévrotique de la cuisse gauche.

d'abord celles qui naissent et se développent dans l'épaisseur des muscles. Les *tumeurs intra-musculaires* s'immobilisent, ici encore, lors

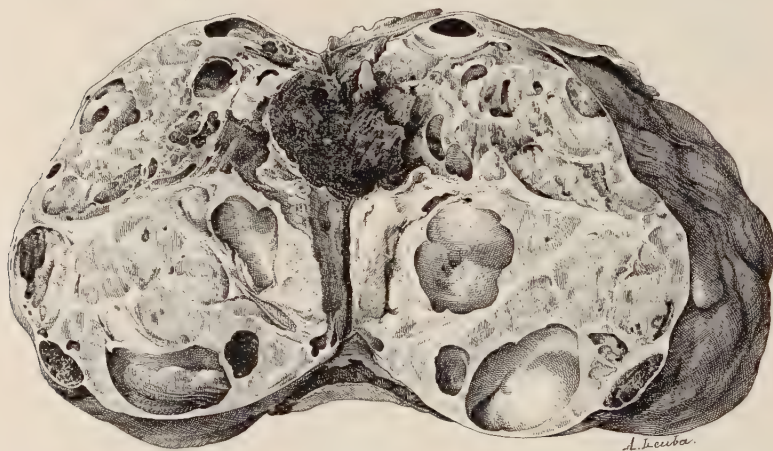


FIG. 737. — Fibro-sarcome kystique, aponévrotique, de la cuisse. Coupe de la tumeur extirpée.

de la contraction du muscle, et il y a là un mode d'exploration à ne jamais négliger.

Certaines d'entre elles se caractérisent, du reste, d'emblée, par leur siège et leur consistance : ainsi en est-il des **ostéomes des adducteurs**, chez les cavaliers ; on en voit de très gros ; on en voit aussi de multiples.

Les autres sont des *sarcomes*, des *lipomes*; et encore des *noyaux*

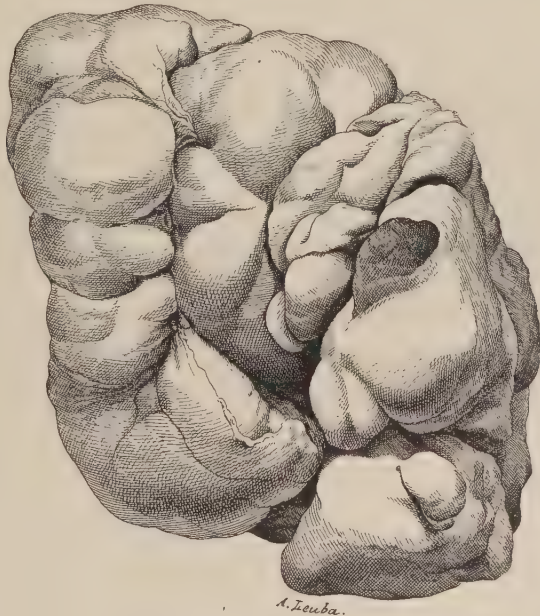


FIG. 738. — Grosse tumeur de la face antéro-interne de la cuisse.

de *tuberculose musculaire*, abcédés ou non, ou des *kystes hydatiques*.

A côté de ces tumeurs intra-musculaires, il convient de signaler celles qui se développent dans le tissu conjonctif interstitiel de la cuisse, ou dans la gaine vasculaire, et qui acquièrent parfois un volume anormal.

Fig. 738 : vous verrez une grosse tumeur profonde, ferme, compacte, de la face antéro-interne de la cuisse; elle était mobile transversalement; au cours de l'ablation (fig. 739 : la tumeur extirpée en bloc), on reconnut



A. Zeub.

FIG. 739. — La tumeur extirpée : sarcome.

pourtant qu'elle adhérait, sur une hauteur de 8 à 10 centimètres

aux gros vaisseaux; adhérences décollables, d'ailleurs, mais qui n'en eussent pas moins aisément conduit à une lésion vasculaire, si l'on eût accordé trop de crédit à la mobilité d'exploration. Il faut se souvenir que, sur les trajets vasculaires des membres, la mobilité des tumeurs ne



FIG. 740. — Grande courbure à convexité antérieure du fémur et du tibia : maladie de Paget.

se réalise souvent que par le déplacement des vaisseaux sous-jacents, comme il arrive, à certaines tumeurs du ventre, de se mobiliser par l'intermédiaire des mésos et du péritoine pariétal.

Enfin, à la face postérieure de la cuisse, une tumeur médiane

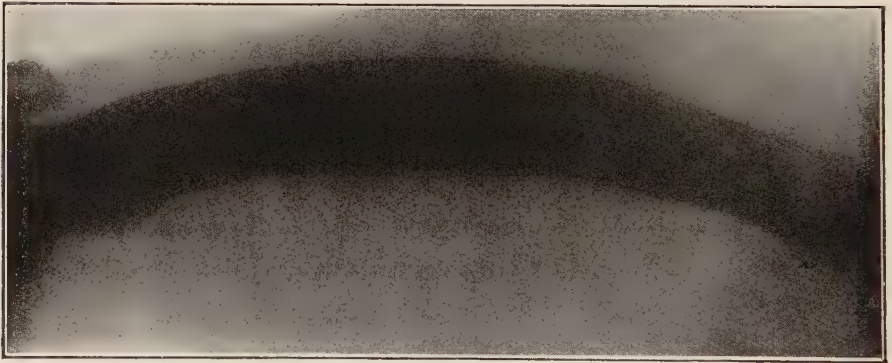


FIG. 740. — Grande courbure à convexité antérieure du fémur : maladie de Paget.

devra faire penser aux fibromes et aux sarcomes, qui peuvent naître de la gaine du nerf sciatique.

Je ne puis entrer dans l'histoire détaillée des **déformations du fémur**; je signalerai pourtant la courbure rachitique, bilatérale, et la grande courbure à convexité antérieure, représentée fig. 40 et 41, et

qui portait à la fois sur le fémur et le tibia. C'était un type de maladie de Paget, attribuable, le plus souvent, à la syphilis héréditaire; nous retrouverons plus loin (voy. *Jambe*) ces courbures et déformations de l'hérédosyphilis.

GENOU

TRAUMATISME DU GENOU : heurt direct ou transversal; chute; torsion brusque dans un faux-pas; extension forcée, — gros genou douloureux. — **COMMENT EXPLORER? QUE PEUT-ON RENCONTRER?**

Regardez d'abord, sans toucher, le membre reposant à plat sur le lit.

Il vous arrivera de constater tout de suite une déformation frappante, une inflexion forte en arrière, une déviation latérale angulaire; nous en reparlerons plus loin.

Je suppose qu'il n'y ait rien de semblable : un genou tuméfié, rien de plus. Voyez toutefois si la tuméfaction se détache en relief à la face antérieure; si le méplat rotulien se reconnaît encore, en avant, soulevé, encerclé par une voussure convexe, qui se prolonge plus ou moins haut, à la cuisse, au-dessus de lui; ou encore, si le genou est uniformément globuleux.

Regardez la peau : il y aura une plaie, parfois, une plaie contuse, de bords effrités, plus ou moins large et déhiscente, superficielle ou qui communique avec l'articulation (ce qui sera exceptionnel, dans les conditions où nous nous plaçons ici), avec un foyer de fracture, rotulienne ou condylienne (ce qui sera plus fréquent).

Le plus souvent, il n'y a pas de plaie, mais les érosions cutanées ne sont pas rares, et les érosions dermiques, plus ou moins nombreuses et larges, valent qu'on les relève avec soin et qu'on les traite tout de suite. Ce sont autant de portes d'entrée pour l'infection, et l'on voit des suppurations ultérieures, qui n'ont d'autre origine que ces « écorchures » négligées.

Vous avez « regardé »; ce n'est pas tout. *Avant de palper*, faites encore « relever le talon », comme nous le disions à la cuisse (p. 618). Si le relèvement ne s'obtient pas, ou mal, et que l'accident soit tout récent, vous n'en tirerez aucune conclusion ferme; mais, que votre blessé soulève la jambe aisément, d'emblée, vous pourrez éliminer toute hypothèse de fracture ou de rupture étendue, ligamentaire ou tendineuse.

Avant de palper, rappelez-vous, de plus, en un bref raccourci, les lésions que vous pourrez trouver dans ce genou traumatisé :

Contusion pré-articulaire, hématome de la bourse séreuse pré-rotulienne, infiltration sanguine diffuse;

Contusion articulaire simple, sans fracture ni rupture ligamentaire, avec épanchement hydro-hématique ou hématique;

Entorse du genou, avec ou sans ruptures ou arrachements ligamentaires (ligaments latéraux, postérieurs, croisés); hémarthrose;

Ruptures et subluxations méniscales;

Fractures de la rotule;

Beaucoup plus rarement, *ruptures du tendon tricipital ou du ligament rotulien*; arrachement de la tubérosité antérieure du tibia;

Fractures sus-condyliennes ou condyliennes du fémur; fractures condyliennes du tibia.

Le préambule est long à exposer; en pratique, il demande à peine



FIG. 742. — Exploration du genou traumatisé. Recherche des bords de la rotule.

quelques instants : un coup d'œil; une réflexion. Mais on se trouvera bien, à tous les âges de l'expérience, de s'astreindre à ce coup d'œil et à cette réflexion préliminaires.

Palpez maintenant.

Cherchez les bords latéraux de la rotule, avec les deux mains, disposées comme Fig. 742; vous arriverez toujours à les sentir, à les repérer; et, quand vous les tenez, vous pouvez apprécier ce qu'il y a au-devant de la rotule, ce qu'il y a derrière; et, de plus, en les suivant de haut en bas, en exerçant des mouvements transversaux de déplacement, vous vous rendez compte de la résistance, de la continuité rotulienne.

Au-devant de ce *plan rotulien*, que vous repérez, de la sorte, par ses bords, vous voyez un relief plus ou moins arrondi, ferme comme une poche en tension, ou dépressible et fluctuant; il est nettement

limité, parfois, à l'aire rotulienne (voy. fig. 737); ailleurs, il déborde



FIG. 743. — *Palper des fossettes sous-rotuliennes.*

largement, de chaque côté, en haut, en bas, et coiffe le genou d'un vaste épanchement sanguin : **hématome pré-rotulien** collecté dans la

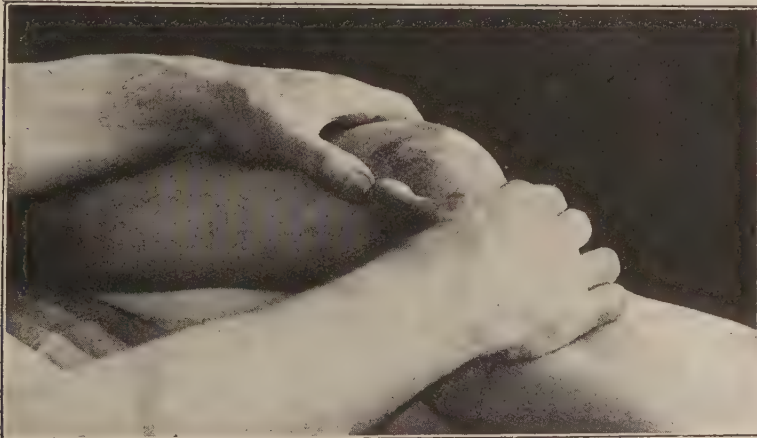


FIG. 744. — *Recherche de la fluctuation transversale.*

bourse séreuse, ou qui s'est répandu tout autour, après rupture ou éclatement de la bourse.

Vous ne trouvez rien, ou rien de notable, au-devant du plan rotu-

lien; mais, en arrière, vous sentez une masse liquide, qui le soulève, l'encadre, en masque les contours, et que vous avez dû affaïssir, sous une pression plus ou moins forte, pour découvrir les bords de la rotule : épanchement articulaire, **hydarthrose**, **hydro-hémarthrose**, **hémarthrose**.

Le volume de cet épanchement s'accuse par la hauteur et le relief de la voussure sus-rotulienne (cul-de-sac sous-quadriceps, qui remonte plus haut en dedans). — Explorez aussi les deux versants latéro-rotuliens, et les *fossettes sous-rotuliennes*, qui bordent le liga-



FIG. 745. — Recherche du choc rotulien.

ment rotulien, et que vous trouvez saillantes et tendues, lors de grosse collection articulaire. Avec les deux pouces, disposés comme fig. 743, on palpe au mieux ces deux fossettes, et nous aurons à revenir plus loin sur cette manœuvre d'examen, dans les arthrites chroniques.

Cherchez, de plus, la fluctuation transversale au niveau de la voussure sus-rotulienne (fig. 744), et, par le procédé traditionnel (fig. 743), le *choc rotulien*. Ne vous étonnez pas, s'il n'est pas net et franc, dans une grosse poche tendue, de contenu hématique — et inquiétez-vous de savoir si le genou « a grossi vite ».

Quand, aux premières heures qui suivent le traumatisme, le genou grossit, se remplit, se distend, concluez à l'hémarthrose. Cela saigne dans l'articulation; mais qu'est-ce qui saigne? La synoviale et la capsule, contuses, érodées, déchirées, donnent un peu de sang; les

ligaments, éraillés ou rompus, en donnent aussi; mais ce qui saigne surtout, dans une jointure traumatisée, c'est « l'os, fracturé ou arraché ».

Si vous constatez une grosse hémarthrose, et qu'il n'y ait pas de fracture rotulienne ou de fracture condylienne, songez tout de suite à l'entorse, avec arrachement ligamentaire.

I. Lors d'**ENTORSE DU GENOU**, vous relèverez donc l'**hémarthrose**,

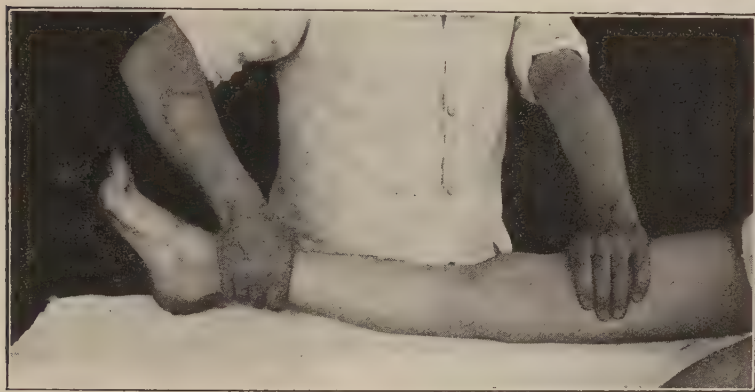


FIG. 746. — Exploration du genou, lors d'entorse. Mobilité latérale en dehors.

d'abord, puis vous aurez à rechercher les **points douloureux articulaires** et la **mobilité**.

Repérez l'interligne, en dedans, en dehors (voy. plus loin fig. 762 et 763), et voyez si la pression du doigt réveille une **douleur nette** à ce niveau, et si la douleur se poursuit, le long des ligaments, au-dessus et au-dessous, jusqu'à leurs attaches; explorez encore, du bout de l'index ou du pouce, sur les côtés de la rotule, au niveau des *ailerons*; — *en arrière*, au fond du creux poplité; — et surtout à la *face antérieure du condyle tibial externe*, derrière le tubercule de Gerdy (insertion du jambier antérieur). C'est là que siège l'arrachement osseux, que Segond avait décrit.

Quant à la **mobilité**, vous l'explorerez, méthodiquement, par les procédés que voici : le membre est étendu; de la main gauche, fixez le bas de la cuisse solidement; de la droite, ramenez la jambe *en dehors* (fig. 746) : rien ne cède; bien : pas de rupture du ligament latéral interne; — ailleurs, le genou s'infléchit latéralement : rupture liga-

mentaire; si l'inflexion est très accusée, et que vous puissiez couder le genou en dehors, presque à angle droit, dites-vous que la rupture ne



FIG. 747. — Exploration du genou, lors d'entorse. Mobilité latérale en dedans.

porte pas seulement sur le ligament latéral interne, mais qu'elle affecte aussi un ligament croisé.

Répétez la même manœuvre, symétriquement, *en dedans*, pour



FIG. 748. — Exploration de la mobilité latérale, le membre soulevé et maintenu rectiligne.

apprécier l'intégrité du ligament latéral externe (fig. 747). — Vous vous trouverez bien, encore, d'explorer la mobilité latérale sur le membre soulevé, et maintenu rectiligne (fig. 748).

Enfin, repérez la *mobilité postéro-antérieure, l'hyperextension* :

appliquez fortement au plan du lit l'extrémité inférieure de la cuisse, et cherchez à relever le bas de la jambe. Répétez toujours, comparativement, la manœuvre du côté opposé : certains genoux, d'armature fibreuse insuffisante, se prêtent tous deux à l'hyperextension.

Ici encore, si l'inflexion en avant est considérable, ne l'attribuez pas uniquement aux lésions de la capsule postérieure et du bord postérieur des ligaments latéraux; mais **à la rupture et à l'arrachement des ligaments croisés.**

La recherche du *mouvement de tiroir*, si elle est positive, vous permettra de conclure à la rupture de ces ligaments. Placez le genou en demi-flexion; fixez d'une main, le segment inférieur de la jambe; de l'autre, empauvez largement le haut du mollet, et « ramenez » d'arrière en avant (fig. 749) : il arrivera que les condyles tibiaux glissent sans effort, et proéminent sur le devant du genou : rien ne les retient plus, en arrière.

Ces ligaments croisés sont la clef de voûte de l'articulation du genou : ce sont eux qui assurent le contact des condyles fémoraux et tibiaux. Que l'un d'eux soit rompu, il n'y a pas seulement de la mobilité latérale : le condyle tibial correspondant tend à tomber en arrière, et le genou se déforme par rotation unilatérale; — quand les deux ligaments croisés sont rompus, le tibia est tout prêt à se luxer en arrière; ou, du moins, si, par une manœuvre inverse de l'hyperextension, empauvant les condyles fémoraux, d'une part, le haut de la jambe de l'autre, vous cherchez à faire glisser le tibia en arrière, vous y réussissez très aisément, d'une façon surprenante.

Un homme fut admis, l'an dernier, dans mon service, avec une luxation du genou en arrière (même déformation que fig. 736); or, la soi-disant luxation se réduisait sous la moindre pression, pour se reproduire immédiatement. La radiographie ne décela aucune lésion osseuse : c'était une *entorse du genou, avec rupture des deux ligaments croisés.*

Rappelons que ces ruptures — ici, comme pour le ligament latéral



FIG. 749. — Exploration du genou lors d'entorse : Recherche du mouvement de tiroir (rupture des ligaments croisés).

externe (voy. p. 635) — sont souvent des *arrachements*, et qui saignent, et qui peuvent laisser à leur suite, des corps étrangers articulaires : c'est la radiographie qui fournit alors des données précises.

Je suppose que vous ne trouviez rien d'anormal à cette exploration de la mobilité articulaire, et pas de douleur nette à l'interligne, sur la continuité des ligaments, ni aux insertions des ligaments.

S'il y a eu un choc direct, une chute sur le genou, vous pouvez admettre la **contusion articulaire**, pure et simple ; toutefois, si l'épanchement articulaire est volumineux et s'est développé très vite, ne manquez pas d'attendre, pour conclure, la vérification radiographique.

De l'entorse, il convient de rapprocher encore deux accidents, qui en peuvent quelquefois revêtir l'aspect, et qui procèdent, soit des **ruptures et subluxations méniscales**, soit des **corps étrangers**.

Vous ferez bien de penser à ces *lésions des ménisques*. — Si elles n'affectent pas, chez nous, la fréquence surprenante qu'on a signalée dans certaines mines anglaises, si elles ont été surtout décrites dans le milieu militaire, elles sont loin d'être rares, dans la pratique civile, et, en toute vraisemblance, elles sont assez souvent méconnues ; j'ai pratiqué, pour ma part, un certain nombre d'excisions de ménisques traumatisés.

La figure 750 donnera un aperçu de ces *lésions traumatiques méniscales* : rupture longitudinale, rupture transversale ; — arrachement des attaches condyliennes sur la continuité du bord convexe, au niveau de la corne antérieure, le plus souvent, de la corne postérieure, quelquefois ; — inflexion, plicature, subluxation consécutives.

En pratique, vous relèverez ceci, d'ordinaire : dans un faux pas, un effort, un mouvement forcé, douleur brusque au genou (au genou gauche, plus souvent) ; le genou est resté gros, il y a plus ou moins de liquide ; on palpe, on ne réveille pas de douleur latéralement, mais en avant, sur les côtés de la pointe rotulienne, et surtout en avant et en dedans (c'est le ménisque interne qui est le plus souvent intéressé).

On peut croire à quelque entorse banale ; insistez sur l'accident initial : la douleur s'est combinée à un *arrêt brusque de la jambe*, en demi-flexion : c'est à grand-peine et par un pénible effort, que votre blessé a pu étendre, souvent avec un bruit de craquement. Dans quelques cas, le genou est resté infléchi, et c'est vous qui devez le réduire, par la flexion première, par l'extension seconde, et la réduction s'obtient assez souvent en ressaut, avec la brusquerie et le choc du genou à ressort.

Explorez les fossettes sous-rotuliennes : en dedans, plus rarement en dehors, vous sentez « quelque chose » qui saille ; et, si le genou a repris sa mobilité, en le fléchissant et l'étendant, vous constatez que cette saillie se mobilise : vous sentez une dépression très nette,

quand le genou est fléchi, un relief qui s'accuse de nouveau, quand le genou est étendu.

Enfin, vous pouvez avoir affaire au premier accident ; mais, en général, d'autres accidents du même genre se seront produits déjà, et répétés, — et cette répétition devient un appoint nouveau pour le diagnostic.

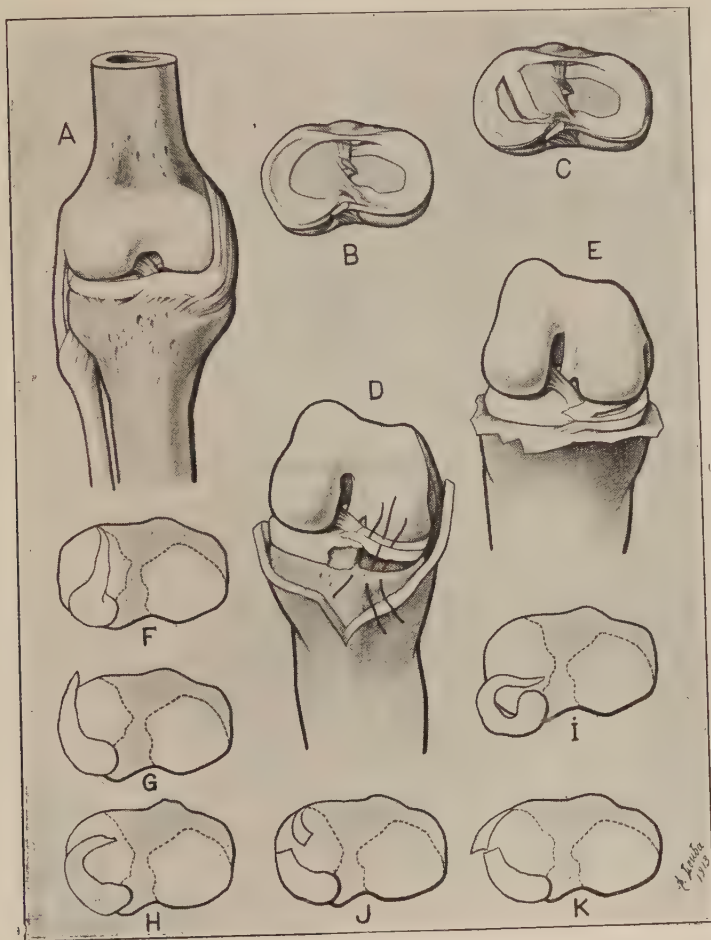


FIG. 750. — Ruptures et subluxations méniscales du genou :

A. le genou normal : ligaments latéraux, ligaments croisés, ménisques ; — B. les deux ménisques, appliqués aux surfaces articulaires tibiales ; — C. rupture longitudinale du ménisque externe ; — D. arrachement sous-méniscal du tibia ; réunion ; — E. rupture longitudinale du ménisque interne ; — F. désinsertion du bord convexe du ménisque ; — G. arrachement de la corne postérieure du ménisque, saillante hors de l'articulation ; — H. arrachement de la corne postérieure, et inflexion intra-articulaire du ménisque ; — I. arrachement et recroquevillement du ménisque ; — J. rupture transversale du ménisque ; — K. rupture transversale du ménisque, avec hernie du segment postérieur.

Les **corps étrangers**, beaucoup plus rares, donnent lieu à des réactions cliniques assez semblables : arrêt et douleur brusques de l'arti-

culation, qui ne se déclanche ensuite qu'avec effort; tuméfaction douloureuse consécutive avec épanchement; permanence ultérieure d'une certaine gêne articulaire, et retour plus ou moins fréquent des mêmes accidents. Vous trouverez parfois le corps étranger dans l'un des culs-de-sac latéro-rotuliens, dans le cul-de-sac sous-tricipital, et il arrivera



FIG. 751. — Fracture transversale de la rotule, avec saillie en avant du fragment inférieur.

que ce soit le malade qui vous le désigne. En tout cas, on n'y comptera pas trop, et c'est à l'examen radiographique qu'il faudra tout de suite recourir.

II. Nous disions plus haut que, devant un gros genou traumatisé, il convenait d'aller d'abord à la **ROTULE** et d'en repérer les bords : pendant que vous suivez ces bords, de haut en bas, et que vous exercez des pressions transversales, (voy. fig. 742) vous vous rendez compte de la mobilité, s'il y a fracture, et vous appréciez, s'il existe, l'écartement inter-fragmentaire.

Cet écartement, il apparaît quelquefois à la simple vue, surtout si l'on regarde de côté le genou reposant à plat, et que, l'accident datant

de peu, l'épanchement sanguin pré-rotulien soit encore minime : sillon, dépression, gouttière transversale, qui se voient et qui se palpent. Nous rappellerons tout à l'heure les grands écartements, et leurs causes.

Ne manquez pas enfin d'explorer le devant de la rotule, avec les doigts infléchis qui remontent de bas en haut; vous tomberez dans le fossé, lorsque l'écartement est notable; mais ce sera surtout lors de fracture non écartée, de fracture très oblique, ou même verticale, de fracture étoilée (choc direct), que ce palper « à la suite » de la face

antérieure de la rotule, si l'hématome prérotulien manque ou qu'il soit dépressible, pourra vous servir, en révélant une douleur locale nette, une saillie, une dépression, un point qui s'affaisse en crépitant. S'il n'y a ni crépitation ni douleur, rappelez-vous les épaisissements et les bandes scléreuses, que l'on trouve dans certaines « bursites » chroniques, sèches; bien entendu, c'est la radiographie qui prononcera.

Commencez ce palper longitudinal de recherche au-devant de la rotule, mais poursuivez-le en haut, sur le tendon quadricipital, en bas, sur le ligament rotulien et la tubérosité antérieure du tibia. — Je suppose que vous découvriez une rigole, transversale ou oblique, étroite ou large; où siège-t-elle, et à quoi penser, d'après ce siège?

— Rigole **trans-rotulienne**, à telle ou telle hauteur de l'os; au-dessus et au-dessous, vous sen-

tez les fragments : deux fragments, parfois éversés tous deux en avant, ou dont l'un (le fragment inférieur d'ordinaire) saille en relief par sa surface fracturée (fig. 751), — deux fragments principaux, divisés eux-mêmes verticalement ou obliquement; — des fragments multiples. — Souvenez-vous enfin, que l'écart inter-fragmentaire est fonction de la rupture des ailerons; vous pourrez vous rendre compte, du reste, de cette déhiscence fibreuse latéro-rotulienne, par le palper latéral, en long, avec les doigts infléchis.

— Rigole **sus-rotulienne**, à la base, et plus ou moins large. Ici, gardez-vous de conclure tout de suite à la *rupture tendineuse* (rare,



FIG. 752. — Fracture basale de la rotule. Petit fragment supérieur arraché, et très haut rétracté.

du reste), et souvenez-vous des *fractures basales* de la rotule, sortes d'arrachements ostéo-tendineux. La plaque d'os arrachée, le petit fragment basal peuvent être rétractés très haut (fig. 752), et ce bout supérieur ne ressemble pas à celui de la rupture tendineuse.

En le palpant bien, vous y sentez la plaque osseuse; il est, de plus, bien isolé, ferme, tassé : la berge haute de la rupture, lorsqu'elle porte sur le tendon quadricipital, est autrement large, dépressible, éversée; enfin, il y a une berge basse, de même consistance, et un bout tendineux déclive, alors que, dans la fracture basale, c'est la rotule,

qui limite en bas la rigole;

— Rigole **sous-rotulienne**; la rotule est remontée; au fond de la dépression, on repère les condyles fémoraux. Cette fois encore, n'oubliez pas les *fractures apicales de la rotule*, qui détachent l'extrême pointe, et qui figurent aussi de véritables arrachements. Vous retrouverez assez souvent, par le palper longitudinal antérieur et transversal, surtout si vous fléchissez le genou, la pointe détachée; en tout cas, la radiographie vous la dénoncera. Et je crois bien que les ruptures hautes du ligament rotulien rentrent presque toujours dans le cadre de ces arrachements.



FIG. 753. — Développement de la tubérosité antérieure du tibia, non encore « soudée », chez un garçon de seize ans.

Plus bas, vous pourrez observer — rarement — la **rup-**

ture typique **du ligament rotulien**, avec gouttière transversale, qui s'accuse dans la flexion passive du genou, et que limitent, en haut et en bas, deux bords fibreux.

La rupture déclive, voisine de l'attache tibiale du ligament, paraît être relativement fréquente; elle devra toujours éveiller l'idée de l'**arrachement de la tubérosité tibiale antérieure**, et surtout, chez les jeunes sujets.

La figure 753 montre le développement de cette tubérosité antérieure, non encore soudée au tibia chez un garçon de seize ans; on conçoit que l'arrachement se produira, dans ces conditions; mais on l'observe encore plus tard, après soudure de la tubérosité, et d'ordinaire, il n'est plus cantonné, alors, à l'apophyse, mais détache, au-

dessous d'elle, sur le devant de l'extrémité tibiale, une plaque osseuse plus ou moins épaisse. — Toujours est-il qu'en abaissant le bord supérieur de la gouttière — du reste, très bas situé — on pourra reconnaître le petit bloc osseux qui en occupe le centre, et le faire frotter et crépiter au contact du tibia.

Ici comme partout, il y a des cas très nets, où le diagnostic s'impose à l'exploration première, pourvu qu'elle soit bien conduite; il y en a d'autres, où l'on ne peut réellement conclure qu'après la vérification radiographique (toujours indiquée, d'ailleurs), et l'on ne formulera jamais d'interprétation, que sur les résultats de l'examen direct. Dans un cas récent, un garçon de seize ans et demi était tombé sur le genou droit, brusquement fléchi : on trouvait une tuméfaction et une nappe de sang épanché dans la région tibio-rotulienne, et, à ce niveau, très bas, une solution de continuité transversale nette du ligament rotulien. C'était l'âge de l'arrachement tubérositaire, et, de fait, on y pensa, tout d'abord; mais une recherche minutieuse ne fit découvrir aucun fragment osseux détaché, aucune crépitation, au bord inférieur de la rigole, et l'on admit une rupture très basse du ligament, que confirma la radiographie.

III. — Fractures des condyles fémoraux et tibiaux, au genou.

Je rappelle les **fractures sus-condyliennes du fémur**, avec chevauchement en avant du fragment inférieur, qui peut descendre jusqu'au contact de la base rotulienne (voy. plus haut, p. 620, *Cuisse*).

Je rappellerai encore les **fractures sous-condyliennes du tibia**, avec rétropulsion de la jambe, qui prennent figure de luxation en arrière (voy. fig. 756).

Quant aux **fractures condyliennes**, isolées ou multiples, le palper antérieur, latéral, poplité, les essais de flexion et de latéro-pulsion, interne ou externe du genou, fourniront quelquefois de bons éléments de diagnostic (douleur locale, saillie locale, crépitation), mais vous n'aurez de certitude que par la radiographie.

Il convient d'insister, toutefois, sur une forme de fracture condylienne localisée, qui n'est pas rare (nous en avons observé encore plusieurs exemples, cette année), et qui se reconnaît bien, si l'on est prévenu : il s'agit d'une **fracture du condyle externe du tibia**, détachant le tiers externe du condyle, et **combinée à une fracture du col du péroné** (fig. 754). Le tiers externe, détaché, du condyle tibial s'abaisse : la jambe se dévie en dehors, et, si vous l'explorez comme fig. 755, vous relevez une mobilité latérale très nette, et vous percevez de la crépitation sous vos doigts gauches, qui encadrent le condyle tibial externe. Il est d'autant plus important de connaître et de savoir reconnaître

cette fracture, que, si elle se consolide, méconnue, « en déformation », elle laisse un genou anormalement mobile en dehors, douloureux, et de « capacité fonctionnelle » réduite, et que, d'autre part, elle se prête, traitée de bonne heure à la réduction — à ciel ouvert — et à l'enclouage.

IV. — Je ne ferai que signaler, enfin, deux traumatismes, rares, du genou, « à grande déformation » :

1° **La luxation du genou en arrière.** — Quand vous verrez un



FIG. 754. — Fracture du condyle externe du tibia et du col du péroné.

genou déformé comme fig. 756, ne concluez pas d'emblée à la luxation ; non ; la luxation isolée est rare ; les fractures sus-condyliennes du fémur, sous-condyliennes du tibia sont autrement fréquentes : cherchez-les donc, avant tout, par les procédés d'exploration que nous avons plus haut indiqués.

Mais vous pourrez avoir affaire à la luxation, sans fracture, incomplète ou complète (fig. 756) ; vous sentez les condyles tibiaux saillants dans le creux poplité, et dont le bord postérieur soulève la peau ; vous les déplacez un peu latéralement, en portant la jambe en dedans et en dehors, mais la « déformation antéro-postérieure » est *fixe*, comme

dans toute luxation. Inquiétez-vous toujours des vaisseaux, recherchez de haut en bas la poplitée, souvent tendue sur les condyles tibiaux déplacés, et qui bat tout en haut, qui ne bat plus ou très peu au niveau

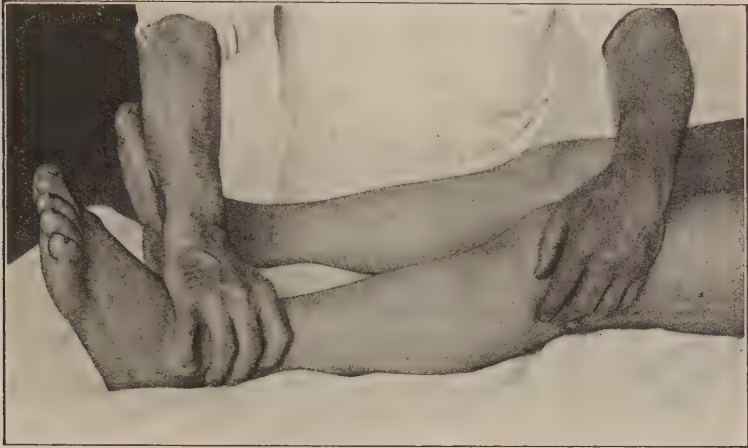


FIG. 755. — *Fracture du condyle externe du tibia et du col du péroné. Exploration. Mobilité latérale externe du genou, et crépitation au condyle tibial externe (sous les doigts gauches).*

du relief poplité; explorez aussi la tibiale postérieure et la pédieuse, pour juger de la compression vasculaire.

2° **La luxation de la rotule.** — La déformation est, certes, beaucoup moins frappante que dans le cas précédent; elle est pourtant caractéristique, dans la **luxation en dehors**, la plus fréquente : le genou est

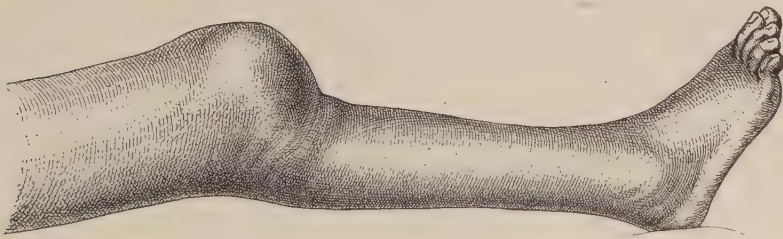


FIG. 756. — *Luxation du genou en arrière.*

élargi transversalement, aplati sur sa face antérieure, où l'on voit et où l'on sent les condyles fémoraux découverts; toute flexion est enrayée; en dehors, on remarque un relief proéminent, vers lequel convergent obliquement le tendon et le ligament rotulien. Au palper, on reconnaît que ce relief est figuré par la rotule, luxée de champ, bord interne en avant, quelquefois déplacée horizontalement.

Je signale seulement la *luxation en dedans*, à déformation symé-

trique, et la *luxation verticale*, la rotule tournant à demi sur elle-même et reposant par l'un de ses bords, l'interne ou l'externe, dans la rainure inter-condylienne : forme tout exceptionnelle.

ARTHRITES ET PÉRIARTHRITES AIGÜES

J'entends par **périarthrites aiguës** les lésions inflammatoires des bourses séreuses qui avoisinent le genou.

Voyez figure 757 un **hygroma aigu, suppuré, pré-rotulien**. — Notez bien que la teinte rose, rouge même, de la peau, ne dénonce pas nécessairement la suppuration : vous verrez de ces hygromas aigus, dont le



FIG. 757. — Hygroma aigu pré-rotulien.

contenu reste séreux, et qui cèdent, redeviennent indolents et de coloration normale, après quelques jours de repos, et d'enveloppements humides. Il n'y a pas grand mal à les inciser, mais l'incision d'un hygroma n'est qu'une intervention incomplète et insuffisante. C'est la poche qu'il faut extirper, et mieux vaut toujours pratiquer « à froid » cette ablation. — Quand la bourse est abcédée, la rougeur en nappe foncée déborde plus ou moins largement l'aire rotulienne, et vous relevez de l'œdème au-devant et au pourtour de la collection pré-rotulienne.

Ne manquez pas d'explorer toujours l'articulation; vous n'y trouverez rien, le plus souvent, ou seulement un peu de liquide, un peu d'hydarthrose de voisinage, sans douleur d'interligne. Toutefois, n'oubliez pas que « tout se tient » au-devant du genou, et que la jointure communique, par voie lymphatique, avec les plans pré-rotuliens : vous pourrez voir, comme j'en ai vu, et comme Verneuil l'avait si bien démontré, des arthrites suppurées du genou, associées à des hygromas suppurés, et consécutives à des lymphangites septiques du membre inférieur.

Suppuré ou non, l'hygroma aigu n'est pas toujours pré-rotulien : il peut siéger plus bas, **au-devant du ligament rotulien** ou **de la tubérosité tibiale antérieure** ; plus haut, **au-devant du tendron quadricipital** (bourse séreuse professionnelle) ; — il peut être profond, **sous le ligament rotulien**, qui bride et déprime la poche, et même **sous le tendon quadricipital**, lorsque le cul-de-sac supérieur de la synoviale est fermé en bas et isolé. Ce sont des cas exceptionnels, mais dont j'ai vu quelques exemples : on trouve une grosse poche sus-rotulienne, que le tendon rotulien affaisse sur le devant, et que les vastes recouvrent et masquent en partie latéralement, mais dont la fluctuation se reconnaît pourtant au palper bilatéral. Au-dessous, l'articulation est indemne, la rotule au contact direct des condyles, sans épanchement interposé, et c'est là ce qu'il faut préciser, pour ne pas croire à l'arthrite suppurée, et pratiquer l'arthrotomie, qui ferait courir le risque d'infecter la jointure ; l'incision doit porter en dehors et au-dessus de la rotule, sur le relief saillant de la poche sous-quadricipitale, sans la dépasser par en bas.

Vous verrez encore des hygromas aigus, en bas et en dedans du genou, **au niveau de la patte d'oie**, souvent gonococciques.

Les arthrites aiguës, maintenant. — En dehors de la fièvre et des accidents généraux, l'arthrite aiguë se caractérise par la douleur ; douleur au palper, au contact ; et surtout, *douleur aux mouvements*, aux moindres mouvements, aux moindres secousses, aux moindres contractions musculaires, qui agissent sur la jointure. Notez que c'est encore là ce qui caractérise les douleurs spontanées ; elles se réveillent, en poussées, lors des mouvements, lors des contractions, et le meilleur moyen de sédation, c'est l'immobilisation de la jointure.

Quand vous relevez la « douleur aux mouvements », telle que nous venons de l'esquisser, concluez à **l'arthrite**.

Le genou sera, du reste, le plus souvent, *infléchi* — et tout essai de redressement enrayé par la douleur. Ce genou est arrondi, convexe en avant, fossettes comblées, cul-de-sac sous-tricipital saillant ; et la plus simple exploration vous démontre l'épanchement.

Regardez et palpez la peau, à sa surface : elle reste de coloration normale, parfois, ou à peine rosée ; ailleurs, vous la verrez rose, de teinte lymphangitique, sur toute la convexité, mais non œdémateuse ; ce qui est autrement démonstratif, c'est la teinte rouge foncée, diffuse, et qui s'accompagne d'œdème — de godets sous le doigt — au-dessous de la rotule, sur les côtés de la rotule. **L'arthrite suppurée** s'accuse, de ce fait, nettement.

Et c'est là, effectivement, la question qui se présente d'emblée, et qui est grave, parce qu'elle commande l'intervention : de quelle nature est l'épanchement ? — Séreux, résorbable ? — Trouble, septique, en passe de devenir purulent ? — Purulent : pyarthrose constituée.

On n'obtiendra, bien entendu, de données certaines que par l'examen cytologique et bactériologique de ce liquide, et c'est pour cela que la ponction, à la seringue de Pravaz ou de Roux, doit être tenue pour une pratique clinique courante — sous la réserve que l'étude de ce liquide prélevé ne retarde pas l'intervention nécessaire; et la réflexion s'applique moins à la pratique hospitalière et à celle des grandes villes, qu'à d'autres milieux et d'autres conditions, où se rencontrent aussi de pareilles arthrites. Il y a, en tout état de cause, des signes cliniques de la suppuration articulaire : l'élévation thermique et la température à grandes oscillations; l'acuité de la douleur; l'inflexion marquée du genou, et surtout la teinte rouge, et l'*œdème*, dont nous parlions tout à l'heure.

Et puis, il convient de se remémorer toujours l'*origine* éventuelle de ces arthrites, et d'en rechercher le point de départ. Je ne parle pas des arthrites traumatiques, consécutives, en pratique civile, à une plaie accidentelle, par coup de couteau ou par balle, et je rappelle seulement les contusions du genou, avec érosions cutanées, qui s'infectent, et qui entraînent l'infection de la jointure elle-même (voy. p. 631).

Non; il s'agit d'arthrites spontanées, si l'on entend, sous ce nom, celles qui ne relèvent en aucune façon du traumatisme. La pathogénie en sera parfois de toute évidence, en particulier, lors des **arthrites suppurées puerpérales**.

En règle, c'est à la **gonococcie** qu'il faut penser, avant tout, et qui peut se traduire sous des formes diverses : l'*arthrite douloureuse*, avec peu d'épanchement, avec *enraidissement rapide*, rectiligne ou en inflexion; — l'*hydarthrose*, qui débute par des réactions aiguës, et qui, plus ou moins vite, peut « s'assoupir », avec un épanchement qui persiste; — l'*arthrite suppurée gonococcique*.

La recherche des accidents gonococciques initiaux sera parfois démonstrative, au premier examen; plus souvent, il faudra se livrer à une enquête soigneuse (sécrétions muqueuses; liquide articulaire prélevé par ponction capsulaire), dont la forme et l'évolution de l'arthrite seront toujours un élément de première valeur.

Si la gonococcie n'est pas en cause, pensez aux **arthrites secondaires à telle ou telle infection générale**, arthrites pneumococciques; arthrites à streptocoques ou à microbes associés — dont la lésion causale est parfois malaisée à définir, lorsqu'elles sont tardives.

J'ai vu maintes fois de ces arthrites suppurées « médicales », et qui m'étaient envoyées, effectivement, après un examen des plus avertis et des plus consciencieux, par des collègues médecins; j'en ai vu de particulièrement graves, qui ne cédaient pas à l'arthrotomie, et, si l'on met de côté la pyarthrose pneumococcique, consécutive à une pneumonie ou à une broncho-pneumonie, avérées et récentes, il y a

lieu de tenir pour singulièrement inquiétantes ces suppurations du genou, dont l'origine se retrouve, non sans peine, dans une affection pleuro-pulmonaire mal précisée, une grippe, une infection utérine plus ou moins masquée (fausse couche), parfois même dans une plaie infectée — une petite plaie, le plus souvent — régionale ou à distance, d'où procède une « pyohémie atténuée ».

Mais n'oubliez jamais, en présence de ces arthrites aiguës, non gonococciques, et de pathogénie indécise, deux autres éventualités cliniques :

L'arthrite tuberculeuse aiguë. — Elle est loin d'être rare; elle survient d'emblée, quelquefois, ou, du moins, paraît survenir primitivement; ailleurs, en cherchant bien dans le passé, vous apprenez que le genou était de mobilité insuffisante, un peu douloureux, un peu gros, depuis quelque temps : c'est une poussée aiguë, dans une jointure malade.

L'ostéomyélite. — Il faut y penser toujours, chez les enfants et les adolescents : ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur, le plus souvent — ou, beaucoup plus rarement, de l'extrémité supérieure du tibia.

Cette ostéomyélite se traduit, dans le genou, par une hydarthrose « de voisinage », ou par une arthrite suppurée, en continuité avec le foyer ostéomyélique épiphysaire. Dans l'un et l'autre cas, gros genou, rempli de liquide, douloureux, plus ou moins infléchi. Mais, dans l'ostéomyélite, la douleur est surtout accusée, aiguë, à la pression latérale, au-dessus de l'articulation, des deux côtés de la ligne épiphysaire sus-condylienne (c'est le fémur qui est presque toujours affecté); de plus, ce segment décline, sus-articulaire, du fémur, est, d'ordinaire, épaissi, enveloppé d'un fourreau œdémateux, quelquefois fluctuant.

Si l'on est prévenu, on fera, sans trop de peine, le diagnostic, et je pense qu'en pratique, il faut établir, comme règle constante, d'explorer toujours, en présence d'une affection articulaire aiguë du genou, l'extrémité fémorale décline, et l'extrémité supérieure du tibia. Je garde toujours le souvenir d'un grand garçon de seize ans, auprès duquel je fus appelé, il y a de longues années, « pour une arthrite fébrile, avec épanchement suspect, du genou droit; rhumatisme infectieux, arthrite blennorragique, peut-être? »; le genou était saillant et distendu, la jambe en flexion; mais la douleur remontait, à la pression latérale, sur l'extrémité fémorale, et s'accusait, avec une acuité particulière, à la marge supérieure des condyles; de plus, on percevait, au même niveau, une nappe fluctuante profonde, qui ne communiquait pas avec le contenu articulaire. C'était une ostéomyélite typique, avec hydarthrose aiguë de voisinage; l'ostéomyélite fut opérée, sans ouvrir, bien entendu, l'articulation.

Ailleurs, ce sera une arthrite suppurée, que vous rencontrerez, en continuité avec le foyer ostéomyélitique, et la situation sera autrement grave. On reconnaît, cette fois encore, la suppuration articulaire à la rougeur et à l'œdème de la peau, à la douleur aiguë, diffuse, à la fluctuation profonde, qui, de la jointure, remonte plus ou moins haut sur la cuisse; et, j'ajouterai, à l'intensité des accidents fébriles et généraux.

ARTHRITES ET PÉRIARTHRITES CHRONIQUES

Avant tout, la **tumeur blanche**.

Et je rappelle les formes initiales, que peut emprunter la tubercu-

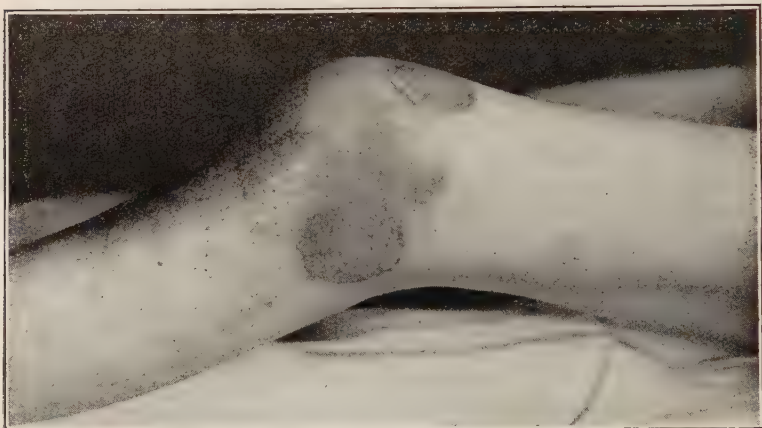


FIG. 758. — Tumeur blanche du genou.

lose du genou : l'arthrite tuberculeuse aiguë, dont nous parlions tout à l'heure (p. 649), et surtout l'**hydarthrose chronique**, et l'**hydarthrose à répétition**. Que de fois ai-je vu, chez de jeunes sujets, de quinze à vingt ans, de ces hydarthroses en poussées, qui cèdent et se résorbent plus ou moins vite, qui laissent une articulation mobile et une synoviale normale, sans épaississements, et qui se répètent à maintes reprises! Ce sont, le plus souvent, des tuberculoses atténuées, curables, mais qui menacent de devenir des tumeurs blanches.

Je suppose que l'ostéo-arthrite tuberculeuse chronique soit constituée. **Comment explorer le genou?**

« L'idée thérapeutique » doit commander notre examen : jusqu'où s'étendent la nappe fongueuse et les abcès? Quel est l'état des os? L'articulation est-elle déformée, et comment? Le quadriceps? Les ganglions inguino-cruraux et iliaques? — Pour conclure définitivement, sur le pronostic, sur le traitement indiqué, la radiographie, l'exploration tho-

racique, la recherche des autres localisations, s'imposent naturellement.

Voyez ce gros genou, un peu fléchi (fig. 758), saillant en avant, et qui prend figure de subluxation postérieure.



FIG. 759. — Tumeur blanche du genou. Recherche du contenu articulaire.

Cherchez le contenu articulaire; le choc rotulien est rare; palpez transversalement, une main engainant le cul-de-sac sous-quadr-



FIG. 760. — Tumeur blanche du genou. Exploration du cul-de-sac supérieur.

cipital, au-dessus de la rotule, l'autre s'appliquant de chaque côté de la pointe rotulienne (fig. 759) : vous apprécierez, de la sorte, la transmission du liquide, s'il y a de l'épanchement, et surtout la con-

sistance molle des fongosités, au-dessus, autour, au-dessous de la rotule. Tout de suite, rendez-vous compte de la mobilité rotulienne.

Jusqu'où descend, remonte, s'étend latéralement, cet empâtement fongueux, que vous avez reconnu?

Avec les deux mains, doigts infléchis, que vous ramenez de la cuisse au genou (fig. 760), repérez le bord supérieur du cul-de-sac, sous-quadriceps; insistez doucement, progressivement, sans hâte : le quadriceps est d'ordinaire atrophie, et résiste peu, et vous pourrez bien délimiter la voussure sus-articulaire, son épaisseur, sa consistance; remonte toutefois, en palpant, plus haut, sur le devant de la

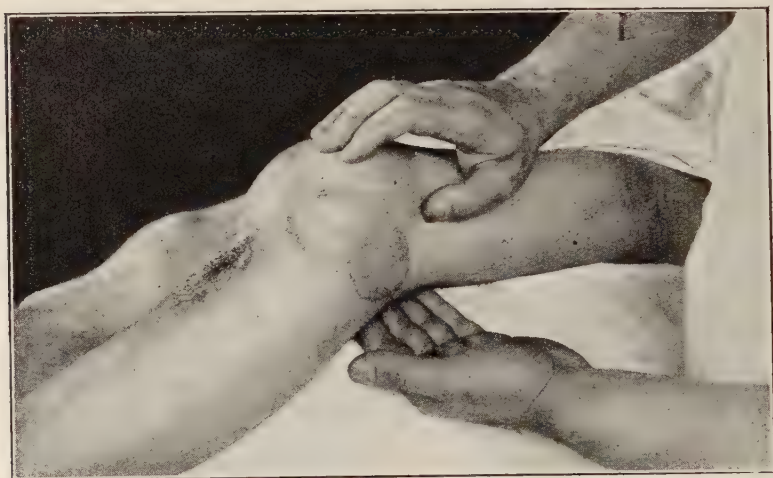


FIG. 761. — Tumeur blanche du genou. Exploration du creux poplité.

cuisse, et cherchez si quelque masse œdémateuse profonde ne laisse pas suspecter un prolongement, un abcès, un foyer fongueux, sous-quadriceps.

Tout de suite, explorez le creux poplité avec les deux mains, disposées comme figure 761 : voyez s'il n'y a pas de transmission fluctuante d'avant en arrière, si le creux est libre, et dans son milieu, sur les côtés (bourses séreuses). Pour compléter l'examen, il faudra, tout à l'heure, faire coucher le malade sur le ventre, et palper directement, sous les yeux, le plan rétro-articulaire, en fléchissant la jambe, dans la limite où elle s'y prête encore (voy. plus loin, *Creux poplité*, p. 679 et fig. 796 et 797).

Et maintenant, recherchez les **points douloureux**, explorez les **condyles**.

L'examen aux deux pouces sera le meilleur. En dehors (fig. 762), les deux pouces commencent loin, l'un sur le côté du cul-de-sac sous-

quadricipital, l'autre, à la hauteur de la tubérosité antérieure du tibia; ils se rapprochent l'un de l'autre, en exerçant, de haut en bas et de

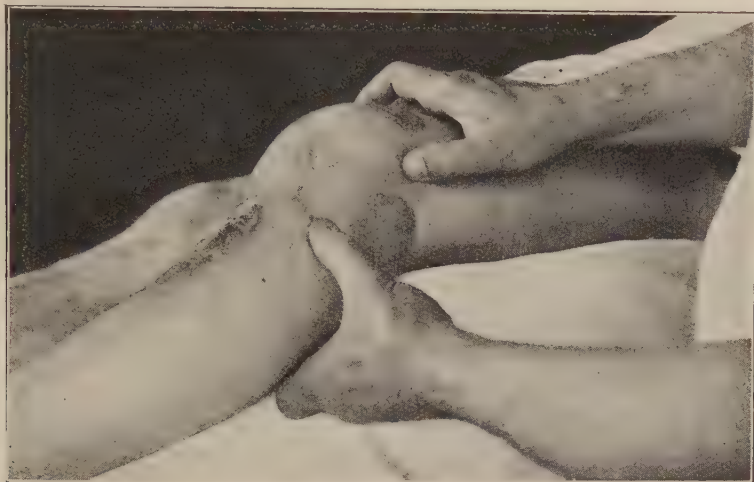


FIG. 762. — Tumeur blanche du genou. Examen, avec deux pouces, de la face latérale externe.

bas en haut, une série de pressions successives; à l'interligne (fig. 763) la douleur est constante et d'acuité maxima. Et, au cours de cette



FIG. 763. — Tumeur blanche du genou. Examen de la face latérale externe : l'interligne.

exploration latérale, vous ne repérez pas seulement les points douloureux, mais les points œdémateux, fongueux, fluctuants.

N'oubliez pas, toutefois, de répéter le palper en arrière du tendon

du biceps (fig. 764), et d'examiner l'articulation péronéo-tibiale supérieure (à un doigt au-dessous de l'espace inter-condylien). Répétez les mêmes manœuvres en dedans.

Vous repêrerez, de la sorte, non seulement la douleur articulaire,



FIG. 764. — Tumeur blanche du genou. Examen de la face latérale externe, en arrière du tendon du biceps, et de l'articulation péronéo-tibiale supérieure.

d'interligne, mais les points douloureux condyliens, osseux, qu'il faudra définir et préciser avec grand soin. Ce sera la radiographie,



FIG. 765. — Tumeur blanche du genou. Essai d'extension.

qui, seule,⁹ permettra de conclure, mais cette première recherche, bien faite, n'en est pas moins d'un particulier intérêt.

Que reste-t-il de **mobilité**, dans ce genou? Il est infléchi; cherchez à le redresser, comme figure 763, en immobilisant le bas de la cuisse,

et relevant le bas de la jambe. Essayez aussi de fléchir, et cherchez les mouvements de latéralité (voy. plus haut, fig. 746, 747, 748). Quand il



FIG. 766. — Tumeur blanche du genou. Appréciation de la mobilité restante en soulevant le bas de la cuisse à deux mains.

ne reste que très peu de mobilité en flexion, on l'apprécie encore, en soulevant le bas de la cuisse à deux mains, comme figure 766; la jambe s'incline un peu en arrière, si l'enraidissement n'est pas complet.



FIG. 767. — Tumeur blanche du genou. Exploration du quadriceps « au pli ».

Le quadriceps. — L'atrophie est constante, mais plus ou moins accusée, et c'est là un élément de pronostic, dont l'importance n'est pas douteuse; à voir le quadriceps absolument détruit, aplati, lamel-

laire, on devra conclure à l'éventualité, même après résection « heureuse », de désordres fonctionnels inévitables.

Comment apprécier cette atrophie? A la vue, en comparant les deux cuisses; à la mensuration circonférentielle; *au pli* (fig. 767) : vous saisissez entre le pouce et les doigts tout le « devant » de la cuisse, et vous vous rendez compte qu'« il n'y a rien » entre vos doigts, rien de contractile, rien de résistant, une sorte de membrane dépressible et flasque, et c'est tout.

Les ganglions. — Il ne suffit pas de palper l'aîne; il faut toujours explorer la fosse iliaque, et rechercher les ganglions iliaques externes,



FIG. 768 — Tumeur blanche du genou. Exploration des ganglions inguino-iliaques.

témoins de l'infection bacillaire ascendante; un bon procédé est le suivant (fig. 768) : les deux mains palpent transversalement, en « ramenant » de dedans en dehors, l'une au-dessous de l'arcade crurale, l'autre, au-dessus, dans la fosse iliaque.

Vous pourrez voir, enfin, aux périodes avancées, des déformations considérables : sublaxations du genou en arrière, en arrière et en dehors (fig. 769), et des tumeurs blanches fistuleuses.

C'est surtout à cette période et sous cette forme, que le diagnostic peut devenir hésitant entre la tumeur blanche, proprement dite, et l'**arthrite chronique ostéomyélitique**; ou, pour mieux dire, on ne pense pas toujours à ces arthrites ostéomyélitiques, dont l'éventualité est loin d'être rare.

Il y en a de fort graves, qui imposent la résection ou même l'amputation; mais l'examen direct, s'il est bien conduit, suffit déjà, en général, à les faire reconnaître :

Gros genou, arrondi, convexe, saillant en avant, infléchi, comme dans la tumeur blanche; mais palpez-le, ce genou; il est « osseux » en majeure partie; c'est de l'os, et de l'os dur, que vous trouvez sous les doigts; quelques plaques épaissies, œdémateuses; parfois des collections suppurées, localisées, ici ou là, sur le devant ou sur les côtés des condyles, en arrière, dans le creux poplité (voy. plus loin, p. 678); mais rien qui ressemble à la nappe fongueuse diffuse des tuberculoses articulaires.

De plus, cette ampliation des extrémités articulaires se prolonge, d'ordinaire, plus ou moins haut, sur le fémur, plus ou moins bas, sur le tibia, avec les mêmes caractères d'intumescence dure, fusiforme, bosselée, irrégulière.

S'il y a des fistules, elles conduisent sur de l'os dénudé, qui donne, à l'exploration, une impression tout autre, que celle des trajets profonds, ramollis et friables, de l'ostéite tuberculeuse.

C'en est assez, tout au moins, pour faire naître le doute, et la recherche attentive des accidents initiaux, et de l'évolution ultérieure (accalmies plus ou moins longues; poussées fébriles et douloureuses, suivies d'abcès et de fistules; aggravation progressive, par la succession, plus ou moins rapide, de ces accidents).

En dehors de ces formes, à proprement parler articulaires, vous verrez des **arthrites chroniques de voisinage**, lors d'ostéomyélites chroniques fistuleuses, para-articulaires : peu d'épanchement; raideur et déformation de la jointure, en flexion, en inflexion latérale; saillie condylienne; souvent une fistule, qui aboutit à un séquestre dur (fig. 770). Le diagnostic est alors simple.

Signalons encore les foyers d'*ostéite tuberculeuse localisée, para-articulaires*, qui peuvent, à première vue, simuler la tumeur blanche — et, en particulier, **la tuberculose rotulienne, primitive et isolée**.

La figure 771 montre la destruction presque totale de la rotule, dont il ne reste qu'un étroit tractus osseux; il y avait, au-devant du



FIG. 769. — Tumeur blanche du genou.
Subluxation, en dehors et en arrière.



FIG. 770. — Ostéomyélite chronique fistuleuse,
avec arthrite chronique.

genou, une grosse masse convexe, fongueuse à son pourtour, fluctuante au centre; mais on se rendait compte, en la mobilisant latéralement, en explorant le genou, qu'elle n'émergeait pas de la cavité articulaire. On trouva, effectivement, à l'intervention, un bloc fongueux rotulien, qui fut extirpé, sans ouvrir la synoviale. La guérison suivit,



FIG. 771. — Tuberculose rotulienne.

avec une restauration incomplète, satisfaisante pourtant, des mouvements du genou.

Rappelons enfin les *hygromas tuberculeux, pré-rotuliens*, remontant plus ou moins haut sur le devant du tendon quadricipital (hygromas séreux, hygromas caséeux, parfois même hygromas à grains riziformes); — les hygromas de même nature, sous-jacents au ligament rotulien, etc.

Toutes ces lésions péri-articulaires ne peuvent être confondues

avec l'arthrite qu'à un examen tout superficiel : il suffit d'explorer l'interligne, les condyles, de chercher à mobiliser l'articulation, pour reconnaître qu'elle est indemne.

Autre chose, tout autre chose : **ARTHRITES CHRONIQUES, NON TUBERCULEUSES**, qui restent chroniques, sans poussées aiguës, durant toute leur évolution, et **qui ne deviennent jamais suppurées ni fistu-**



FIG. 772. — Arthrite tabétique. Gros épanchement; mouvements de latéralité.

leuses, arthrites à grand épanchement, d'ordinaire, et qui sont assez nettement caractérisées, pour qu'on ne les confonde pas avec l'arthrite tuberculeuse, si l'on est instruit de leur « type d'expression ».

Arthrite tabétique (fig. 772 et 773) : hydarthrose volumineuse, souvent considérable, de surface régulière et lisse, sans bourrelets synoviaux, indolente, sans points douloureux épiphysaires; — mouvements de latéralité des plus accusés (fig. 772); flexion libre, autant que le permet l'épanchement (fig. 773); hyperextension fréquente. Ces distensions capsulo-ligamentaires, adjointes, plus tard, à l'atrophie progressive, par usure, des extrémités articulaires, peuvent aboutir finalement à l'articulation « disloquée » et « folle ». — Si l'on ponctionne, le liquide est clair et stérile; il se reproduit, plus ou moins vite, en pareille quantité.

Devant une arthropathie ainsi caractérisée, pensez toujours à la « maladie de Charcot » et recherchez le tabes (réflexes, Argyll-

Robertson, incoordination motrice, etc.); les résultats obtenus confirmeront souvent d'emblée votre interprétation; — même s'ils ne sont pas d'une netteté parfaite, n'y renoncez pas, à cette interprétation, lorsque vous trouvez ce gros genou rempli de liquide, mobile dans tous les sens, indolent : ils ne tarderont pas, en général, à se caractériser, l'arthropathie tabétique survenant assez souvent à titre de complication précoce.

Certaines **arthrites syphilitiques**, — *hyarthroses* secondaires; *hyarthroses* hérédo-syphilitiques bilatérales — *arthropathies syphilitiques tertiaires* — peuvent revêtir un aspect et des caractères, qui les



FIG. 773. — Arthrite tabétique. Gros épanchement. Flexion libre.

rapprochent de l'ostéo-arthrite tuberculeuse. — Il convient, en tout cas, d'en être prévenu, et de recourir à la séro-réaction, qui, du reste, est de pratique nécessaire dans toutes les arthrites chroniques, actuellement étudiées.

Arthrite chronique déformante. — C'est là une affection que vous verrez assez souvent, et qui n'est pas, loin de là ! l'apanage exclusif de la vieillesse, pas plus que l'arthrite déformante de la hanche ne mérite son nom traditionnel de *morbus coxae senilis* (Voy. plus haut p. 595).

Elle se présente sous des formes plus ou moins accentuées, depuis le genou douloureux, qui « craque » au moindre mouvement, jusqu'au gros genou, déformé, de la figure 774.

Regardez-le, ce gros genou : il est le plus souvent infléchi, saillant

et proéminent, mais d'une convexité moins régulière, moins uniforme que dans les arthropathies à grand épanchement, signalées tout à l'heure (comparez cette fig. 774 avec les fig. 772 et 773). Et, dès que vous palpez, vous vous expliquez cette différence d'aspect : ce sont les extrémités articulaires, de volume amplifié, de surface irrégulière, bosselée, noueuse, qui créent surtout le « gros genou ». Vous le constatez à l'examen des condyles fémoraux, des condyles tibiaux



FIG. 774. — Arthrite chronique déformante du genou droit.

d'ordinaire moins déformés, et des faces latérales de l'articulation, où se prolonges ouvent cette sorte d'armature osseuse périphérique.

Il y a un peu d'épanchement : souvent peu de liquide, et qui n'empêche pas de percevoir, de sentir et même d'entendre, de gros craquements, lorsqu'on cherche à mobiliser la rotule, lorsqu'on fléchit ou étend le genou ; — parfois une hydarthrose plus abondante, mais où l'on repère des corps étrangers, qui se déplacent et « frottent » sous la main. Ces corps étrangers, cartilagineux, ostéo-cartilagineux, de volume et de forme variables, sont d'observation courante dans ces arthropathies : on en trouve un, deux, trois, quelquefois un grand



FIG. 775. — Arthrite chronique déformante, osseuse.

nombre; j'en ai extrait plus de vingt — et très gros — par arthrotomie, dans un cas, où leurs chocs réciproques s'entendaient à chaque pas et provoquaient une gêne douloureuse des plus pénibles; et cette intervention toute palliative fut bienfaisante.

Il arrive même que le genou soit absolument sec, et qu'on ne trouve pas la moindre trace d'épanchement. Ainsi en était-il dans le cas représenté fig. 775 et 776 : gros genou, déformé, saillant, uniformément dur; il se fléchissait sans le moindre obstacle (fig. 776). La radiographie montre une gaine épaisse et irrégulière, d'os néoformé, autour des extrémités articulaires (fig. 777).

Ces arthrites-là ne s'ankylosent pas : la mobilité volontaire et passive reste étendue, quelle que soit la déformation.

— Elles sont susceptibles de devenir le siège, parfois, de quelque réaction aiguë, après une chute, un choc, une entorse : elles ne suppurent jamais, elles ne se fistulisent jamais.

J'ajoute qu'elles sont **douloureuses** : non seulement elles entravent la marche, « mécaniquement », si je puis dire, mais elles provoquent des douleurs, pendant la marche, après la marche, au repos et dans la nuit, assez souvent; et ces douleurs, qui ne s'atténuent, et encore! que par l'immobilisation, ne cèdent définitivement qu'à la résection.

J'ai réséqué, dans ces conditions, un certain nombre de genoux : ce n'est point, sans doute, une intervention brillante, au sens coutumier du



FIG. 776.
Arthrite chronique déformante osseuse. Flexion normale.

mot, mais qui peut être d'une réelle utilité, lorsque les lésions articulaires et péri-articulaires permettent encore d'y recourir, dans des conditions suffisantes. J'en ai vu d'heureux résultats : suppression des douleurs; amélioration de la marche; et ces résultats sont durables; ma première résection date de vingt ans, et le genou est resté, depuis, indolent, et permet à la malade de marcher. C'était un rhumatisme déformant précoce, et qui portait sur plusieurs articula-



FIG. 777. — Arthrite chronique déformante osseuse. Radiographie.

tions, chez une jeune femme, absolument impotente, du fait d'un « gros genou » droit, infléchi et douloureux.

La figure 778 montre les lésions des surfaces articulaires, dans une arthrite chronique déformante, qui fut ainsi traitée par la résection : vous y remarquerez les érosions des surfaces condyliennes, et de l'espace intercondylien, les rigoles et les proéminences osseuses, le bourrelet d'écchondroses marginales, l'excavation du condyle externe du tibia.

Sur la figure 779 — (il s'agissait, cette fois, d'une arthropathie

réellement monstrueuse, mono-articulaire, et d'un malade, d'une soixantaine d'années, très vigoureux encore, irrémédiablement infirme et condamné à l'alitement : j'amputai la cuisse) — vous retrouverez les mêmes déformations condyliennes, et, de plus, un bloc de corps étrangers, ostéo-cartilagineux, encore adhérents.

Ces figures anatomo-pathologiques expliquent les signes classiques d'exploration, que nous rappelions tout à l'heure. — Regar-



FIG. 778. — Arthrite chronique déformante : lésions anatomo-pathologiques (pièces de résection).

dez encore la dépression profonde du plateau externe du tibia (fig. 778) : cette usure centrale, des plateaux (et plus souvent, de l'externe) combinée à la prolifération ostéo-cartilagineuse périphérique, est constante dans ces arthropathies; elle peut s'accuser davantage, s'étendre, et provoquer, non plus seulement l'inflexion, mais une véritable subluxation en arrière du tibia, ou encore — plus rarement — des *déviation latérales* (*genu valgum*; *genu varum*).

A côté de ces déviations latérales *secondaires*, il y a lieu, du reste, de signaler les *déviation primitives* du genou, qui, non traitées, *se compliquent*, à un certain âge, d'*arthrite chronique défor-*

mante; ainsi en était-il pour le genou représenté figure 780 : genu valgum datant de l'adolescence; rhumatisme déformant, greffé, vers la cinquantième année, sur le genou vicieusement dévié, et exagérant encore la déviation.

ANKYLOSES

Aux arthrites se rattachent les **raideurs**,¹ et les **ankyloses**.

Raideurs de l'*extension*, raideurs de la *flexion*; sans insister, je rappelle seulement que, dans l'*extension maxima*, la cuisse et la jambe sont en ligne droite (voy. p. 637); que dans la *flexion maxima*, le talon est à la fesse (fig. 780 bis).

Devant une ankylose, il convient de s'inquiéter tout de suite de l'arthrite initiale. C'est que la guérison n'est pas toujours, — intégrale, — surtout lors d'ostéo-arthrite tuberculeuse ou d'arthrite ostéo-myélique. Des « reliquats » du processus originel, de petits foyers « résiduels », latents, peuvent persister ici ou là, dans les épiphyses ou au niveau des culs-de-sac synoviaux — et



FIG. 779. — Arthrite chronique déformante, de volume considérable. Amputation de la cuisse. Le genou ouvert : lésions osseuses et corps étrangers.

devenir ultérieurement, à la suite de fatigues, d'entorses, etc., le point de départ de poussées aiguës récidivantes.



FIG. 780. — Arthrite chronique déformante, consécutive à un genu valgum ancien.

Vous garderez donc toujours cette arrière-pensée, même en présence d'une ankylose qui date, et surtout si vous trouvez des cicatrices, à la surface du genou, et des cicatrices adhérentes; et vous ne manquerez pas de procéder à une exploration minutieuse de la jointure, des extrémités osseuses, du pourtour de la rotule et de la zone sous-rotulienne, du cul-de-sac sous-tricipital, de l'articulation péronéo-tibiale supérieure. Et cette exploration première, qui sera toujours d'importance, devra naturellement être suivie — et complétée — par l'examen radiographique.

Cela fait, **c'est l'ankylose elle-même qu'il faut explorer.**

A. — Est-elle **osseuse** ou **fibreuse**?
Fixe ou mobile? Complète ou incomplète?
Pour répondre, cherchez à étendre,

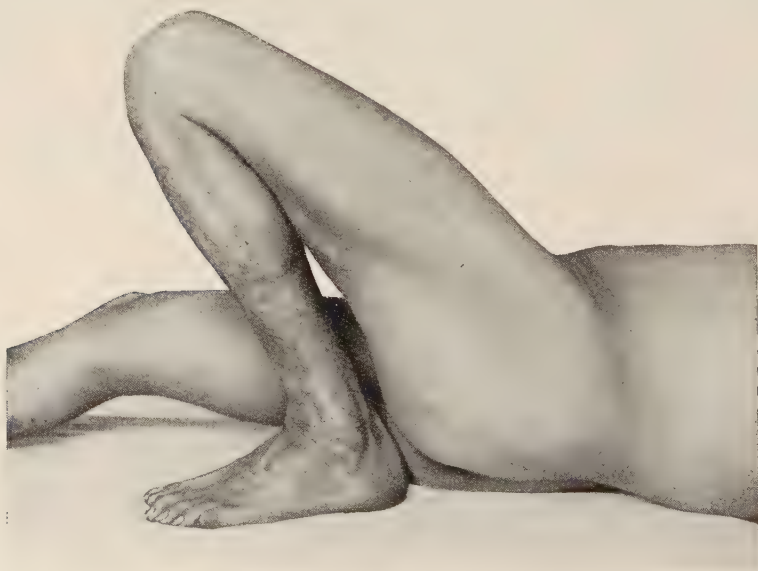


FIG. 780 bis. — Flexion maxima du genou, le talon à la fesse.

en empaumant le bas de la cuisse, au-dessus de la rotule, pendant que, de l'autre main, vous relevez le bas de la jambe (voy. fig. 763) —

cherchez à fléchir, la cuisse étant soulevée et maintenue, pendant que, de l'autre main, vous appuyez sur le devant de la jambe.

Il arrive que l'on constate très aisément que l'articulation « joue », et qu'il n'y a pas de fusion osseuse ; encore faut-il s'attacher à préciser dans quelles limites s'exercent le « jeu », la mobilité, et aussi comment se traduit, à la main, l'arrêt, l'obstacle. Vous fléchissez plus ou moins ; vous êtes arrêté :

insistez, sans brusquerie, et vous vous rendez compte que vous gagnez encore un peu, que la résistance est « élastique » ; — ailleurs, vous heurtez une sorte de cale rigide, quelque chose de dur, d'osseux, de fixe, qui bloque brusquement la flexion. De fait, il s'agit souvent d'un barrage osseux ; mais, quoi qu'il en soit, cet arrêt brusque et « mécanique » témoigne d'une limitation absolue et irrémédiable du mouvement, alors que l'arrêt « élastique » laisse encore, parfois, quelque champ à une mobilisation bien conduite.



FIG. 781. — Ankylose du genou en flexion de 35° à 40°. Equinisme. Rotation légère du tibia en dehors.

Il arrive aussi qu'une ankylose fibreuse très serrée se distingue mal d'une ankylose osseuse ; on ne réussit pas à déceler nettement une ébauche de mobilité. Insistez toutefois : si vous provoquez de la douleur, vous pouvez en conclure que la cohésion articulaire est fibreuse. L'ankylose osseuse, quelle qu'en soit l'attitude, est toujours indolente.

B. — Quelle est donc l'attitude du genou ankylosé ?

Ankylose rectiligne, sans déviation latérale. Est-elle osseuse, votre patient relève le membre verticalement, librement, et le main-

tient relevé, sans gêne ni douleur. Il n'en va plus de même dans l'ankylose fibreuse, même serrée.

D'autres fois, pour être fixé en extension, le genou n'en est pas moins dévié latéralement, en dehors, le plus souvent, ou en dedans; les condyles (ou l'un deux) ont cédé d'un côté, entraînant l'inflexion latérale, plus ou moins prononcée, mais qui compromet toujours davantage la marche, et commande l'inflexion secondaire du pied, en valgus ou varus.



FIG. 782. — Ankylose du genou en flexion à angle droit.

Ankylose en flexion. — Voyez fig. 781 : flexion de 35° à 40° ; la marche est encore possible sur le pied, mais sur le bout du pied, en équinisme; si le pied s'applique au sol par toute la plante, le bassin s'abaisse, et pour rétablir l'équilibre du tronc, une courbure vertébrale, à concavité opposée, se dessine (scoliose de compensation).

Fig. 782 : Ankylose à angle droit (ou presque); cette fois, tout contact avec le sol est impossible; l'infirmité est complète et la marche ne peut se faire qu'avec des béquilles.

Vous verrez, du reste, tous les degrés de flexion.

Remarquez, sur les figures 781 et 782, la **saillie en avant des condyles fémoraux**; les condyles s'hypertrophient et s'allongent, dans ces ankyloses en flexion, à mesure qu'elles « prennent de l'âge », et

l'aspect peut en imposer pour une subluxation du tibia en arrière. C'est là, de plus, un fait, qui règle la technique des résections « orthopédiques », applicables à ces ankyloses en flexion, résections qui imposent toujours l'excision cunéiforme des condyles. Les deux genoux représentés ici (il s'agissait d'arthrites gonococciques) furent traités de la sorte, et redressés, et, après guérison et soudure osseuse tibio-fémorale, la marche fut reprise dans de bonnes conditions, une chaussure spéciale, à semelle épaisse, compensant le raccourcissement.

L'ankylose n'est pas, du reste, toujours en flexion directe, et la flexion peut se combiner à la *rotation de la jambe en dehors* (elle est

esquissée déjà fig. 781); à la *subluxation du tibia en arrière*, à l'*inflexion latérale*, en *valgum* ou *varum*.

Signalons les *ankyloses bilatérales*, rares, d'ailleurs, qui peuvent être d'un « degré » variable, à droite et à gauche, mais qui, osseuses ou fibreuses serrées des deux côtés, créent une infirmité, un peu moindre, peut-être, mais comparable à celle de l'ankylose des deux hanches (voy. p. 599).

Enfin les *ankyloses de guérison*, qui datent du jeune âge, s'accompagnent d'ordinaire d'une atrophie et d'un raccourcissement de la

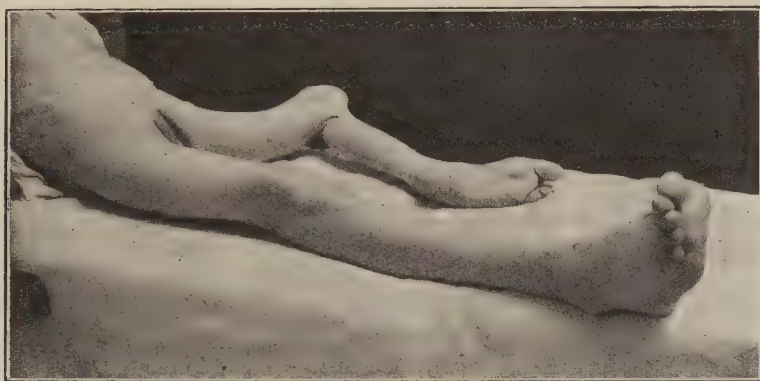


FIG. 783. — Ankylose en flexion du genou gauche, et atrophie considérable du membre. Ostéomyélite datant de l'enfance.

jambe, qui procèdent de la destruction ou de l'ossification prématurée du cartilage de conjugaison, à l'extrémité déclive du fémur. La figure 783 représente un exemple caractéristique de ces ankyloses anciennes, avec atrophie.

DÉVIATIONS

Nous avons eu l'occasion de signaler, à plusieurs reprises, les déviations latérales du genou, en dehors ou en dedans, dans les arthrites chroniques, et les ankyloses qui leur succèdent, ou à la suite de certaines fractures condyliennes, fémorales ou tibiales, consolidées en chevauchement.

Bien que la déformation soit la même, ces déviations *secondaires* ne sauraient être identifiées aux déviations primitives, de l'enfance ou de l'adolescence — que, du reste, vous ne constatez parfois que chez l'adulte, plus ou moins tard : **GENU VALGUM, GENU VARUM, GENU RECURVATUM.**

Voici (fig. 784) un genu valgum droit (il y a une légère inflexion latérale externe, à gauche; ce qui est fréquent) (fig. 785); un genu valgum bilatéral, plus accusé à droite.

Notez l'angle fémoro-tibial, ouvert en dehors, la saillie du condyle fémoral interne, l'écartement des malléoles internes, le renversement du pied en varus dans la station debout.

Examinez le sujet *en arrière* (fig. 786) : abaissement du pli fessier; courbure scoliotique vertébrale, à concavité opposée (voyez le pli profond sus-jacent à la crête iliaque gauche).



FIG. 784. — Genu valgum droit.



FIG. 785. — Genu valgum bilatéral.

Examinez-le *couché* : cherchez à rapprocher les deux malléoles internes, vous n'obtenez rien; « cela résiste » dans le genou. — Tendez un ruban, une ficelle, un bord de tablier ou de serviette, du grand trochanter à la malléole externe, et appréciez la longueur de la flèche transversale, qui relie cette ligne trochantéro-malléolaire au sinus angulaire externe du genou : elle précise le degré de déviation externe. Il n'y a pas lieu, du reste, de s'attarder à cette mensuration ni d'en multiplier les procédés; elle n'a un réel intérêt que dans les formes initiales, peu accusées, du genu valgum, et c'est alors qu'il convient de se souvenir que cuisse et jambe se réunissent, au genou, par un

angle ouvert en dehors, mais que cet angle ne mesure que 1 cm. à 1 cm. 5 de profondeur, chez l'homme, 2 cm. à 2 cm. 5 chez la femme.

Ce qui est autrement important, c'est d'**explorer le genou, en dedans et en dehors**, pour reconnaître si le *condyle fémoral interne* est *seul* hypertrophié et *abaissé*, l'extrémité tibiale supérieure, déviée en dehors, ayant conservé sa rectitude normale, (genu valgum du type habituel); — si, à l'abaissement du condyle fémoral interne s'associe une *inflexion sous-condylienne externe du tibia* (genu valgum, fémoro-tibial); — et, même, si les deux condyles fémoraux sont normaux, et que



FIG. 786. — Genu valgum bilatéral.
Examen en arrière.

la déformation porte tout entière sur le *tibia* (hypertrophie du condyle interne; inflexion sous-condylienne en dehors).

Ce qui importe également, c'est de palper le tiers inférieur du fémur, le tiers supérieur du tibia, et de rechercher les *courbures*, à convexité interne ou postérieure, qui peuvent, à elles seules, produire le « décalage du genou » (genu valgum rachitique), ou se combiner aux malformations condyliennes.

Maintenant, pliez ce genou, ou demandez au sujet de le fléchir : la déviation externe disparaît; **en flexion, jambe et cuisse repren-**



FIG. 787. — Genu valgum bilatéral invétéré;
impotence complète.

nent leur attitude normale. Les figures 787 et 788 mettent ce fait en pleine évidence, dans des conditions particulièrement frappantes : il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, qui portait depuis l'adolescence un genu valgum bilatéral, et qui était devenu un « infirme complet » : il ne se déplaçait plus qu'en se trainant sur les deux genoux. Voyez-le couché (fig. 787); voyez-le assis (fig. 788) : il n'y a plus trace de déviation. Je lui pratiquai une ostéotomie supra-condylienne bilatérale :



FIG. 788. — Le sujet, assis.
Toute déviation latérale a disparu.



FIG. 789. — Le même sujet, après ostéotomie supra-condylienne bilatérale. Marche régulière, sans canne.

les deux fémurs étaient grasseyés et friables; pourtant, la consolidation fut obtenue, et (fig. 789), voilà notre homme guéri, avec deux membres inférieurs d'attitude normale, et qui marche, sans canne.

Il convient, du reste, d'insister sur ces formes bilatérales du genu valgum; elles sont fréquentes, comme nous le disions plus haut, mais l'inflexion latérale n'est parfois que très peu marquée, d'un côté (voy. fig. 784). Ailleurs, les deux genoux se croisent, frottent et se heurtent dans la marche, « battent le briquet », et, pour éviter ces

rencontres, le sujet s'habitue à reporter le genou qui se déplace devant l'autre, en se dandinant, d'où une « marche en canard », qui rappelle la déambulation de la luxation congénitale bilatérale de la hanche.

Rappelons, enfin, qu'on trouve parfois de l'*hydarthrose* dans ces genoux déviés (fig. 790); de l'*hydarthrose* chronique ou à répétition,



FIG. 790. — *Genu valgum* droit avec *hydarthrose* chronique.



FIG. 791. — *Genu varum* gauche (et *genu valgum* ébauché, à droite).

banale, consécutive sans doute à de petites entorses, également répétées, mais qui n'en crée pas moins, à la longue, une distension capsulo-ligamentaire, susceptible de nuire à la statique du genou, après ostéotomie; on y voit même de l'arthrite déformante, exceptionnellement (Voy. p. 665 et fig. 780). — De plus, il faudra toujours rechercher la mobilité postéro-antérieure et latérale du genou, et l'on trouvera parfois cette mobilité assez prononcée, pour compromettre, en partie, du moins, les résultats fonctionnels du redressement par ostéotomie.

À côté du *genu valgum*, il faut inscrire le **GENU VARUM**, ou déviation angulaire interne, — primitif ou secondaire, lui aussi, et qui se

reconnait à des signes cliniques analogues, mais inversés : angle fémoro-tibial à sinus interne; relief du condyle fémoral externe, rapprochement des malléoles internes — dans la forme primitive, la déviation angulaire s'efface, également, sur le genou fléchi.

La figure 791 est un exemple de genu varum primitif, à gauche; à droite, il existe un genu valgum initial. — Cette combinaison est

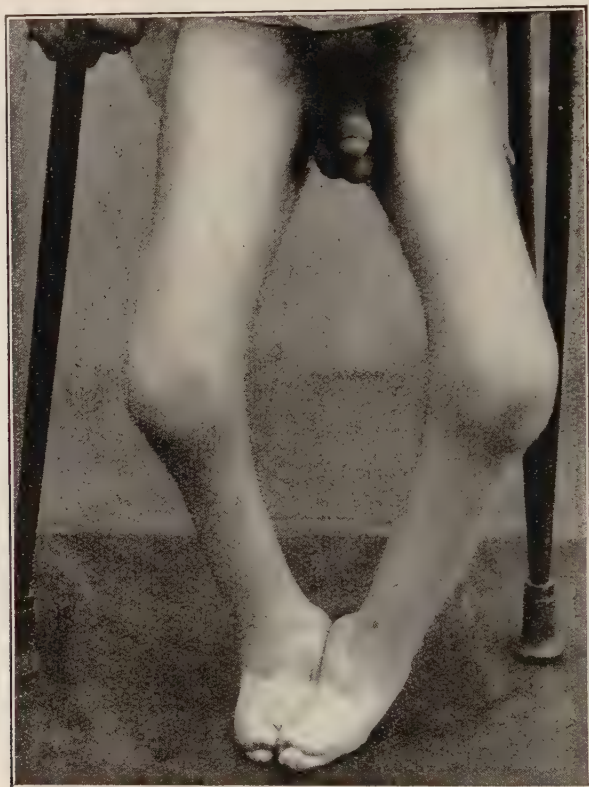


FIG. 792. — *Genu varum bilatéral*; les deux pieds en varus.

loin d'être rare, et il arrive que les deux inflexions soient accusées, et créent, par leur ensemble, une gêne considérable de la station et de la marche.

Voyez fig. 792 un cas de **genu varum bilatéral**, avec renversement en varus des deux pieds : il s'agissait d'un adulte, qui traînait depuis vingt ans cette infirmité.

Quant au **GENU RECURVATUM**, la figure 793 en donnera une parfaite idée. C'était, ici, une forme typique, *articulaire* : jeune garçon de dix-sept ans; mobilité du genou dans tous les sens : tibia rectiligne, dévié

en masse, par son extrémité supérieure, vers le creux poplité; angle fémoro-tibial antérieur; pas de déviation latérale.

Ailleurs, l'inflexion porte sur le tibia, au-dessous des condyles.

Vous verrez enfin le genu recurvatum secondaire, à la suite de fractures (fractures de l'extrémité tibiale supérieure), d'arthrites chroniques avec destruction étendue des extrémités articulaires, etc.

Ajoutons que la déviation antérieure accompagne de temps en temps les déviations latérales, genu valgum ou varum.

TUMEURS

J'arrive aux **Tumeurs**, entendues au sens clinique du mot, et je veux signaler d'abord deux types de néoplasmes proprement dits, de néoplasmes malins, qui se présentent comme des « gros genoux », et qui peuvent en imposer pour la tumeur blanche ou telle autre des arthrites chroniques dont nous parlions plus haut.

C'est d'abord l'**ostéosarcome de l'extrémité inférieure du fémur**, (Voy. plus haut : fig. 735) ou, plus rarement, de l'**extrémité supérieure du tibia**, le gros ostéosarcome, qui s'étend au-

devant et autour du genou, et qui peut donner, à première vue, l'illusion « articulaire ». Il suffit d'être prévenu, pour rechercher et noter la mobilité articulaire conservée, et pour repérer la gaine épaisse, qui enveloppe l'une ou l'autre épiphyse, et remonte plus ou moins haut. La radiographie permettra de conclure définitivement.



FIG. 793. — Genu recurvatum.

Ce sera, — exceptionnellement — le **sarcome primitif de la synoviale articulaire**. Nous avons étudié, en 1910, cette curieuse

affection, avec M. Rubens-Duval; un autre exemple en a été rapporté par M. Auvray¹. Chez notre malade, un garçon de vingt-deux ans, le genou gauche était globuleux et doublé de volume, de consistance molle; mais les extrémités osseuses étaient en contact régulier, et de surface normale, dans toute la zone qui restait accessible; la radiographie montra, d'ailleurs, qu'elles étaient indemnes. Il y avait, de plus, sur la face externe du genou, une ulcération à gros bourgeons, et saignante. A l'intervention (incision arciforme sous-



FIG. 794. — Épithélioma en champignon, ulcéré, de la bourse séreuse pré-tibiale.

rotulienne), je trouvai la cavité articulaire, et les culs-de-sac remplis d'une masse grisâtre, compacte, qui se laissa extraire en gros blocs; les extrémités articulaires, au-dessous, étaient intactes: ce fut une synovectomie, telle qu'on la pratiquait — autrefois — dans certaines formes d'arthrites tuberculeuses. Or, l'examen histologique de M. Rubens-Duval montra un *endothéliome synovial*. Huit mois après, une récurrence s'était produite dans le moignon: j'amputai la cuisse, et l'examen histologique permit de constater une tumeur exactement semblable. —

Une nouvelle récurrence parut l'année suivante, et je désarticulai la hanche. Finalement, la malade succomba en cachexie néoplasique.

S'il s'agit là de faits exceptionnels, il faut pourtant en garder le souvenir, et se méfier des gros genoux, occupés et distendus par une masse ferme ou molle, continue, sans épanchement, indolents, encore mobiles, avec intégrité des os; je dirai même que l'aspect, absolument normal, des extrémités articulaires, à la radiographie, est de nature à justifier plus encore les soupçons et les réserves; — dans ces conditions; la ponction exploratrice, en ramenant du sang et rien que du sang, devient également un élément d'interprétation.

1. Auvray. Lipo-sarcome primitif intra-articulaire du genou. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 14 avril 1920, p. 534.

Vous pourrez voir d'autres **tumeurs malignes** au genou, mais **localisées** en tel ou tel point :

- **Sarcomes unicondyliens**, au fémur ou au tibia;
- **Sarcomes de la rotule** — d'ailleurs, exceptionnels;
- **Sarcomes, chondro-sarcomes, chondromes**, circonscrits, de la **capsule fibro-synoviale** du genou;

— **Néoplasmes des bourses séreuses**. Exemple : la tumeur saillante et ulcérée, représentée figure 794; épithélioma de la bourse séreuse pré-tibiale.

Vous rencontrerez aussi des « **tumeurs** » **bénignes**, parmi lesquelles je noterai celles-ci :

Certains **hygromas chroniques**, très anciens, asséchés, de paroi épaisse, dure, fibreuse, calcifiée parfois, et qui tiennent fortement au plan profond et même à la peau. S'il s'agit de bursite prérotulienne, on parvient sans trop de peine, en la mobilisant latéralement, à reconnaître l'intégrité de la rotule, et à se rendre compte, que, si la « tumeur » lui adhère, elle n'en procède pas. — Les difficultés sont tout autres, lorsque le processus occupe la bourse pré-tibiale profonde ou celle de la patte d'oie; et l'on peut alors songer au sarcome, ou à l'ostéome, dont nous allons parler dans un instant.

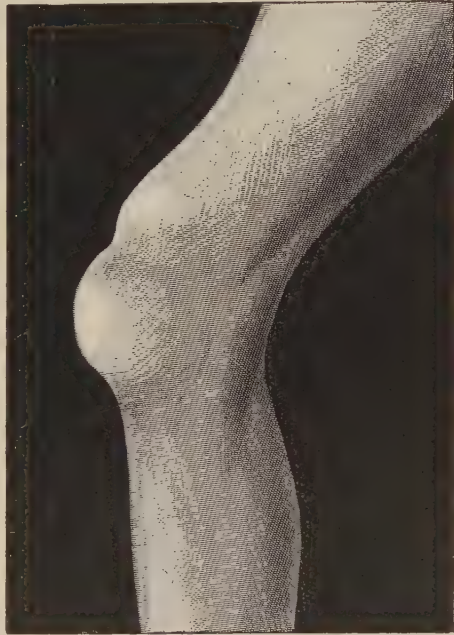


FIG. 795. — *Ostéome du ligament rotulien.*

Avant cela, signalons les **kystes synoviaux** des faces latérales du genou : tumeur arrondie, saillante, grosse comme une noix, située à quelque distance du bord externe de la rotule — mobile et ne s'insérant sur la capsule que par un pédicule assez étroit — de surface parfaitement lisse, et de consistance ferme et « tendue ».

Quant aux **ostéomes** leur dureté les caractérise, mais il y a deux types à distinguer.

A. Les uns siègent **dans l'épaisseur des ligaments ou de la capsule**. Voyez figure 795 l'ostéome du ligament rotulien que nous avons extirpé et décrit en 1897 : le genou en extension passive, il se dépla-

cait latéralement, avec le ligament, sur le plan pré tibial; il s'immobilisait quand le ligament se tendait, dans la flexion. Il occupait l'épaisseur de ce ligament, qui, l'ablation pratiquée, fut reconstitué par un surjet.

Cette double exploration, genou étendu et genou fléchi, permet de préciser le siège intra-ligamentaire de la tumeur; ajoutons-y le palper, aux deux pouces, sur les bords du ligament rotulien, représenté plus haut (fig. 743) : par cette manœuvre, vous repérez nettement la mobilité du ligament, et « ce qu'il y a dessous », et vous pouvez apprécier si la tumeur y est « incluse », ou le « soulève ».

Certains de ces ostéomes sont bas situés, dans le ligament, et paraissent procéder de la tubérosité tibiale antérieure (ostéomes juxta-tibiaux); la tubérosité est, du reste, hypertrophiée et remonte en pointe, assez souvent, des deux côtés (Mouchet).

On peut rencontrer de pareilles tumeurs osseuses, de volume très variable, dans les ligaments latéraux, surtout le ligament latéral interne, dans un ligament croisé (Basset), dans la capsule.

B. Les ostéomes de l'autre type n'ont **aucune connexion avec la capsule et les ligaments**, et, d'autre part, ils ne « tiennent » pas d'avantage aux os; ils s'interposent *entre le ligament rotulien et le devant du tibia*, dans cet espace graisseux, sous-jacent au cul-de-sac déclive de la synoviale. Par l'exploration plus haut indiquée, on se rend compte, plus ou moins nettement, de cet habitat (que vient démontrer la radiographie); et cela d'autant mieux, qu'ils se développent parfois latéralement, et que l'autre bord du ligament, resté libre ou presque, laisse facilement pénétrer le pouce (fig. 743), ou les doigts, au-dessous de lui. Ce sont des *ostéomes*, des *ostéochondromes*, des *chondromes* quelquefois, qui semblent le plus souvent d'origine traumatique (Gay-Bonnet, Écot, Rouvillois).

CREUX POPLITÉ

Pour bien examiner le **CREUX POPLITÉ**, il ne suffit pas de le palper, d'arrière en avant, avec les doigts infléchis sous le membre; bien conduit, sans hâte, et le devant du genou empaumé et immobilisé, de l'autre main (voy. fig. 804) le procédé peut être utile; mais l'exploration poplitée, au sens complet du terme, suppose toujours qu'on la pratique **sous les yeux, le sujet « retourné » et couché sur le ventre**.

Dans cette attitude, si la jambe est étendue, vous ne voyez pas de « creux », ou à peine; le creux se dessine, lors de flexion active, et le *pli poplité* s'accuse (toujours au-dessus de l'interligne articulaire); mais, en même temps, les tendons latéraux se soulèvent et tendent l'aponévrose intermédiaire, qui forme écran et gêne la palpation profonde. C'est la **flexion passive** qui prête le mieux à l'enquête.

Placez-vous donc sur le côté, en dedans ou en dehors; d'une main, saisissez le bas de la jambe, et relevez-la, pendant que l'autre main,



FIG. 796. — *Exploration du creux poplité. Palper profond vertical.*

appliquée, doigts infléchis, dans le creux poplité, le suit, de très bas en haut (ou de très haut en bas) (fig. 796); en mobilisant plus ou moins la

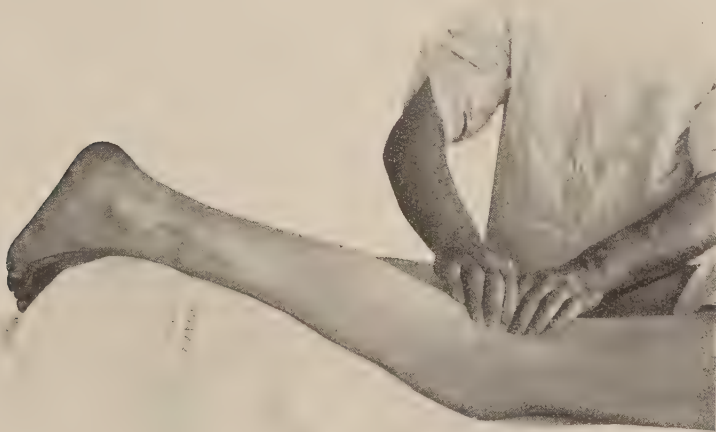


FIG. 797. — *Exploration du creux poplité. Palper profond transversal.*

jambe « passive », vous aidez dans leur recherche vos doigts « poplités ».

Autre manœuvre. Vous êtes sur le côté, toujours; la jambe repose

en flexion sur un coussin (alèzes, oreiller, drap plié, etc.); les deux mains disposées comme figure 797, faites pénétrer vos doigts, doucement, progressivement, dans le creux poplité, « jusqu'au fond »; et ramenez-les transversalement, de dedans en dehors, ou de dehors en dedans. S'il y a « quelque chose », qui fuit et se dérobe, au palper direct, vous l'engainerez, de la sorte, et vous en pourrez apprécier le volume, la forme, la consistance, les connexions.

Avant de palper, il faut, ici encore, commencer toujours par « regarder »; regardez le creux poplité, dans la station debout (si elle est possible), et comparez les deux côtés.

Il y a une « bosse » (fig. 798 et 803), plus ou moins nette; — bien; ne concluez pas; faites coucher votre sujet dans le décubitus ventral, jambe étendue et regardez de nouveau, en vous baissant, à jour frisant : voyez si la « bosse » ne se soulève pas, ne bat pas; il faut toujours penser à l'artère : l'anévrisme n'est pas très rare, et se présente parfois sous des formes inattendues; d'autre part, l'artère peut être déplacée, soulevée, par certaines collections ou certaines tumeurs, et battre à fleur de peau.

Cela fait, procédez à l'exploration que nous esquissons tout à l'heure.

En pratique, il est assez rare que vous ayez affaire à un **accident aigu**, fébrile, et douloureux : le genou est alors un peu fléchi, d'ordinaire, et les essais d'extension réveillent la douleur; un blindage épais, sans bordure, est tendu d'un bord à l'autre de la région; la peau est chaude, rougeâtre, rarement très rouge; pas de fluctuation; de l'œdème, en cupules, sous la pression du doigt.

Abcès du creux poplité, adéno-phlegmon, consécutif à quelque lésion septique du pied ou de la jambe, dont vous ne retrouverez pas toujours la trace. N'attendez pas « l'évidence » pour inciser, si la fièvre et la douleur persistent, que le creux poplité soit « plein », que l'œdème s'accuse, — et n'incisez pas sur la ligne médiane, où remonte la veine saphène externe, mais un peu en dedans ou en dehors.

Il arrive encore que l'abcès poplité procède de l'« échauffement », par infection pyogène surajoutée, d'un abcès froid, d'origine articulaire ou osseuse; ou qu'il se soit développé autour d'un anévrisme méconnu; dans l'une et l'autre éventualité, les commémoratifs, si vous savez les rechercher, vous renseigneront, ou, du moins, vous mettront en garde.

Enfin — tout exceptionnellement — vous pourrez observer des masses inflammatoires poplitées, qui se résorbent purement et simplement : adénites et périadénites.

Le plus souvent, c'est une « **tumeur** » d'évolution chronique, à laquelle vous avez affaire, dans le creux poplité.

Trois hypothèses sont à émettre d'abord : l'**anévrisme** — le **kyste poplité** — l'**adénopathie chronique** ou l'**abcès froid** d'origine articulaire ou osseuse, ou encore les *amas fongueux*, de pareille origine. Et puis, si l'examen ne confirme aucune de ces hypothèses, vous vous rabattrez sur les « raretés ».

Si je mets en première ligne l'**anévrisme**, bien qu'il soit beaucoup plus rare que le kyste ou l'abcès froid, c'est pour obéir à l'idée pratique, plus haut formulée : *il faut toujours y penser*.

Dans sa forme typique, il se caractérise, du reste, nettement : il est



FIG. 798. — Anévrisme poplité saillant; arborisations vasculaires cutanées.



FIG. 799. — Anévrisme poplité, sacciforme.
A, orifice artériel; F, fémur; P, péroné; T, tibia.

médian; il fait relief, et ce relief est souvent rougeâtre et parsemé d'arborisations vasculaires (fig. 798). Il bat, et la main qui l'encadre y reconnaît « l'expansion ». Il est réductible, en partie, du moins, sous la pression des doigts; vous ferez bien, toutefois, de ne pas insister sur cette réductibilité, car la poche peut contenir des caillots friables et mobilisables, susceptibles de se déplacer en embolies périphériques. Il cesse de battre, et s'affaisse, lorsque vous comprimez la fémorale. Vous y trouvez,

au stéthoscope, le souffle systolique, plus ou moins rude, caractéristique.

N'oubliez pas d'explorer les artères périphériques, la tibiale postérieure, derrière la malléole, la pédieuse; mieux vaut que leur « pouls » soit affaibli, et signale ainsi l'encombrement de la voie vasculaire directe; le segment déclive du membre ayant gardé son intégrité vitale, vous pouvez en conclure que les voies collatérales se sont développées,

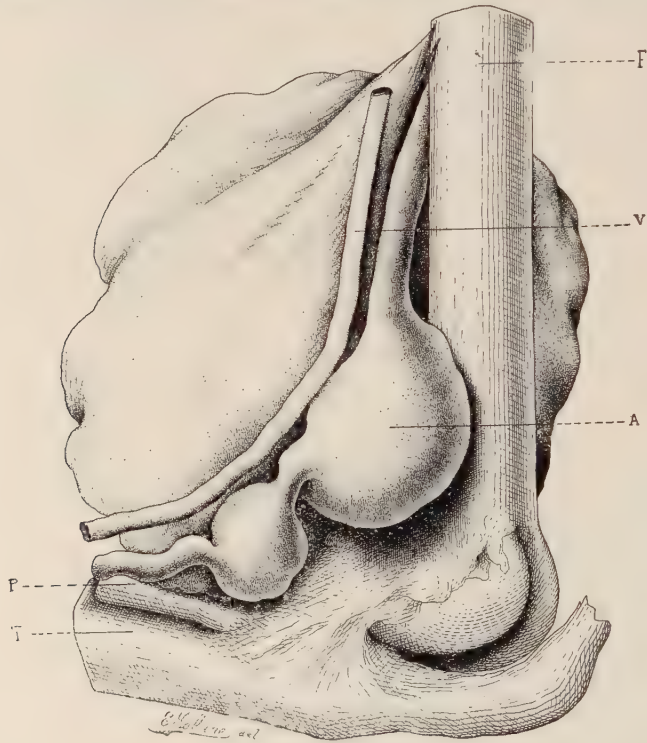


FIG. 800. — Anévrysme poplité fusiforme, à double poche.

A, poche supérieure; F, fémur; P, péroné; T, tibia; V, veine poplitée.

et c'est là une condition particulièrement favorable pour l'opération qui va s'imposer.

Les anévrysmes sont de volume variable, quelquefois très gros et proéminents, *sacciformes* à développement périphérique (fig. 799); ailleurs — et plus rarement — *fusiformes*, développés en avant (érosion progressive du fémur), et parfois à double poche (fig. 800).

Ils peuvent être *artério-veineux* (fig. 801 et 802), et le fait est loin d'être exceptionnel : ils se signalent alors par le frémissement spécial, le thrill, le double souffle, la dilatation variqueuse des veines périphériques.

Jusqu'où descend la poche anévrysmale? Ce serait là un élément

capital à préciser: l'extension déclive de l'anévrysme et l'envahissement du tronc tibio-péronier assombrissent singulièrement le pronostic opératoire. Cherchez donc à explorer la poche le plus bas possible, et rappelez-vous que la bifurcation de la poplitée (en tibiale

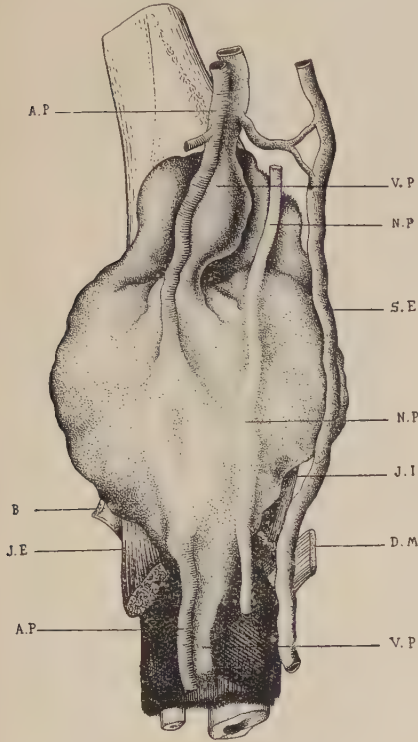
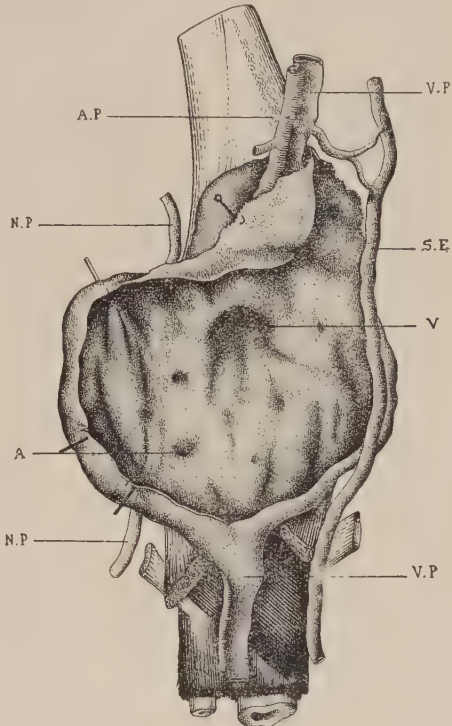


FIG. 801.

Anévrysme poplitée artério-veineux.

A. P., artère poplitée; V. P., veine poplitée; N. P., nerf sciatique poplitée interne; S. E., veine saphène externe; J. I., jumeau interne; J. E., jumeau externe; B., biceps; D. M., demi-membraneux.

FIG. 802. — *Anévrysme poplitée artério-veineux. La poche ouverte.*

A. P., artère poplitée; V. P., veine poplitée; S. E., saphène externe; N. P., nerf sciatique poplitée interne; V., orifice artério-veineux; A., collatérales.

antérieure et tronc tibio-péronier) correspond assez exactement au plan de la tubérosité antérieure du tibia.

J'ajouterai encore que j'ai vu se rompre un gros anévrysme poplitée, et se développer, à vue d'œil, un énorme *anévrisme diffus*, qui nécessita, d'urgence, l'amputation de la cuisse, du reste, suivie de guérison. Mais je voudrais appeler surtout l'attention sur les *petits anévrysmes*, d'exploration malaisée, et sur les *vieux anévrysmes*, en partie oblitérés, indurés, calcifiés, et qui ne battent plus.

Les Kystes. — Il y a des kystes poplités **médians**, d'origine articulaire (*kystes synoviaux*. Voy. plus haut, p. 677) : ils sont rares, peu

volumineux, en général, profonds; ils avoisinent et parfois soulèvent l'artère.

Le **Kyste latéral**, et surtout le **Kyste latéral interne**, développé dans la bourse séreuse intermédiaire au *jumeau interne* et au demi-membraneux, est, au contraire, fréquent. C'est la tumeur « habituelle » du creux poplité. Le relief en est souvent caractéristique (fig. 803), et



FIG. 803. — Kystes bilatéraux du creux poplité.

le palper poplité transversal (fig. 797) permet de la reconnaître et de la caractériser.

Il arrive que ce kyste soit peu tendu, et s'affaisse presque dans la flexion du genou : c'est en précisant avec grand soin la fluctuation, qu'on démontre la poche; — il arrive, d'autre part, que le kyste, de contenu glutineux, soit saillant et dur, et qu'il donne l'impression première d'une tumeur solide. — On en voit de bilatéraux (fig. 803).

La *communication articulaire* est toujours à rechercher, surtout s'il y a de l'hydarthrose. Elle n'est pas très fréquente, et l'on voit de grosses hydarthroses et de gros kystes, sans nulle trace de continuité. Explorez de la façon suivante (fig. 804) la réductibilité de la poche poplitée : le genou est demi-fléchi; une main fixe, encadre, et comprime le kyste; l'autre main, largement appli-

quée sur le devant du genou, perçoit l'afflux du liquide qui se transmet et la rotule qui se soulève, lorsqu'il y a réduction.

Cette réductibilité n'est, du reste, pas toujours décelable, lorsque le trajet de communication est étroit. D'autre part, j'ai appris à me méfier des *gros kystes avec grosse hydarthrose*, et va-et-vient facile et large du liquide : plusieurs exemples m'ont démontré qu'il s'agissait parfois d'hydarthroses tuberculeuses, à prolongement poplité.

Je ne ferai que rappeler les kystes du *jumeau externe*, plus rares, plus petits, circonscrits, non communicants.

Quant aux **abcès froids** et aux **amas fongueux**, il convient naturellement de se préoccuper avant tout de leur origine, en explorant l'articulation et les extrémités osseuses.

Ils peuvent procéder d'un hygroma tuberculeux, ou encore, — tout



FIG. 804. — Kyste du creux poplitée. Recherche de la réductibilité.

exceptionnellement — d'une adénopathie de même nature : ils sont alors cantonnés à la région poplitée; l'articulation et les os sont indemnes. Mais, le plus souvent, ils naissent de la jointure (tuberculose articulaire, parfois localisée encore), à travers le ligament postérieur; ou bien, ils reconnaissent pour point de départ un foyer d'ostéite tuberculeuse, occupant la surface poplitée, l'un ou l'autre condyle, la tête du péroné.



FIG. 805. — Exostose poplitée.

Restent les « raretés »; — le **lipome** — le lipome « simulateur », qu'on voit partout, et auquel il faut toujours faire place dans les hypothèses du diagnostic; j'ai vu de gros lipomes diffus du creux poplitée, qu'on eût pris aisément pour des abcès froids ou des kystes sans tension; j'ai vu de petits lipomes encapsulés, fermes, presque durs, qui ressemblaient à des kystes très tendus, ou à quelqu'une des tumeurs que nous allons citer;

— Le **fibrome** — tout à fait exceptionnel;

— Le **névrome**, exceptionnel, lui aussi, médian, le plus souvent fusiforme, et qui se reconnaît aux douleurs périphériques, qu'on provoque en le comprimant;

— Le **sarcome**, d'origine osseuse, ou développé dans les parties molles du creux poplitée (bourses séreuses; gaine vasculaire);

— Enfin, vous pourrez voir des *exostoses* poplitées, analogues à celle que représente la figure 805. — Il s'agissait d'un jeune garçon de quinze ans, qui souffrait un peu du genou, depuis plusieurs mois, après la marche; l'examen, pratiqué suivant la technique plus haut décrite (Voy. fig. 796 et 797) permettait de sentir nettement une petite « bosse » dure, profonde; l'extirpation fut pratiquée : l'exostose s'insérait à la partie postérieure de la rigole intercondylienne.

JAMBE

TRAUMATISMES

Ici, encore, la première question, qui se pose, est celle-ci : **Y A-T-IL FRACTURE?** Interrogez votre blessé : s'est-il relevé? A-t-il marché, et comment? Simples présomptions, mais qui ont leur valeur.

Il arrive, en dehors même des fractures compliquées, que la solution de continuité osseuse « saute aux yeux »; regardez : le pied est ren-



FIG. 806. — Exploration de la jambe : pression dans l'axe.

versé en dehors et repose sur son bord externe; la jambe est coudée, tordue, vers sa partie moyenne, infléchie et déprimée en arrière, à son extrémité supérieure. — Mais il arrive aussi que toute déformation manque.

Avant tout, ayez recours à deux explorations toutes simples.

« *Levez le talon* »; insistez : si, finalement votre blessé détache son talon du lit et le soulève, il n'a pas de fracture de jambe, de *fracture des deux os*; mais le tibia ou le péroné, le péroné surtout, peuvent être fracturés isolément.

Fixez fortement le genou, d'une de vos mains, qui l'encadre; de l'autre main, empaumez l'arrière-pied, et **pressez dans l'axe** (fig. 806): s'il y a fracture, vous provoquerez une *douleur locale aiguë*, caractéris-



FIG. 807. — *Exploration de la jambe : recherche de la mobilité, d'arrière en avant.*

tique. Ayez soin que la pression porte d'abord dans l'axe commun de la jambe; puis insistez, en dedans et en dehors, dans l'axe du tibia et du péroné; si vous ne réveillez aucune sensibilité, vous pouvez conclure; la radiographie vous montrera peut-être une fissure localisée



FIG. 808. — *Exploration du tibia, bord antérieur et face interne.*

et incomplète; (je ne croyais guère à ces fissures, j'en ai vu quelques-unes, et très nettes, dans ces derniers temps); mais il n'y a pas de solution de continuité osseuse, proprement dite.

Explorez aussi **la mobilité**: la mobilité postéro-antérieure, en fixant la partie supérieure de la jambe et en relevant le cou-de-pied (fig. 807);

la mobilité transversale, en fixant en haut, comme tout à l'heure, d'une main (fig. 806), et cherchant à reporter la jambe, en dessous, d'un côté et de l'autre. N'insistez pas trop, s'il y a de la douleur.

Cela cède; assez souvent, vous sentez même un peu de crépitation. Bien; les deux os sont rompus; n'en demandez pas davantage à l'exploration initiale, si vous pouvez, sans tarder, recourir à la radiographie; elle vous instruira des détails de la fracture, et il est anormal de faire souffrir votre blessé, quand vous avez à votre disposition un procédé d'examen, qui vous fournira de meilleures données, et sans douleur.

Si vous ne pouvez pas y recourir, — ou y recourir très vite — et



FIG. 809. — Exploration du péroné sur son bord postérieur.

c'est là une éventualité qui se présentera bien souvent encore — **explorez l'un après l'autre les deux os sur toute leur continuité.**

Explorez le tibia, crête et face interne (fig. 808); explorez le péroné sur son bord postérieur (fig. 809), derrière la voussure des péroniers latéraux; il est, à ce niveau, dans le pli jambier externe, accessible sur toute sa hauteur.

Parmi les formes multiples de fractures, rappelez-vous les suivantes, *que vous pouvez reconnaître à ce premier examen.*

A. Pas de raccourcissement, d'inflexion latérale, ni de rotation de la jambe; *pas de saillie notable à la face interne du tibia*; crête tibiale interrompue par une dépression, un léger relief, qui se prolonge à la face interne; douleur locale, à ce niveau; mobilité latérale et souvent crépitation : fracture **transversale, sans déplacement.** — Explorez le péroné (fig. 809); douleur, dépressibilité (touche de piano), crépitation, dans le même plan; vous avez affaire à la fracture de jambe, en travers, typique, et la mobilité est souvent, alors, très étendue. Un bon pro-

cédé, pour l'apprécier, est le suivant : glissez la main, à plat, sous le « foyer », et relevez la jambe ; elle se coude nettement en avant.

B. Ailleurs, vous notez un *relief, plus ou moins saillant, à la face interne du tibia*, une inflexion latérale du segment inférieur de la jambe, une rotation externe ou interne du pied : **fracture chevauchée**.

Palpez ce relief, en déprimant la nappe d'infiltration sanguine, qui l'enveloppe d'ordinaire ; cherchez s'il est à *pointe déclive* ou à *pointe remontante*. Le plus souvent, il sera à *pointe déclive*, et vous sentirez cette *pointe*, plus ou moins épaisse, d'ailleurs, mais toujours irrégulière, abaissée en avant et en dedans : c'est le fragment supérieur qui chevauche. — Dans d'autres cas, l'extrémité osseuse, en *pointe saillante*, remonte, et vous la heurtez, en suivant, de haut en bas, la face interne du tibia : c'est le bout inférieur, qui, cette fois, chevauche, ou qui, pour mieux dire, traduit au dehors le déplacement en longueur des fragments.

Vous pouvez avoir affaire, d'ailleurs, à un *trait transversal* : le volume et la forme du bout déplacé vous renseigneront. — Plus souvent, il s'agira d'un **trait oblique** : oblique en bas, en dedans et en avant, c'est la forme courante et c'est alors le fragment supérieur qui se déplace, s'abaisse et fait relief ; — oblique en bas, en dehors et en arrière : c'est le fragment inférieur qui saille et remonte.

C. Vous rencontrerez encore, et surtout à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la jambe, la **fracture en V, spiroïde, hélicoïdale** « par torsion » (fig. 810).

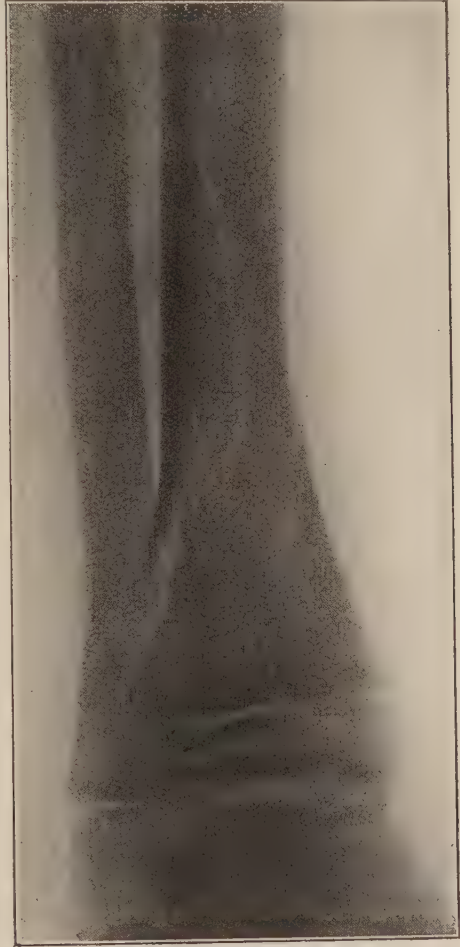


FIG. 810. — *Fracture spiroïde du tibia*
(chez un jeune sujet).

Le fragment supéro-interne, chevauché d'ordinaire, sera nettement triangulaire; il se réduira sans grand'peine par la traction sur le pied et s'adaptera tout naturellement au « creux », de forme « inverse », qu'il a laissé, en se détachant, sur l'autre fragment; mais, dès que vous cessez de tirer, il glisse et saille de nouveau. De la pointe du V « rentrant », une fissure émane souvent, qui contourne l'extrémité sous-jacente du tibia, et circonscrit un fragment intermédiaire, un troisième fragment, que la radiographie seule permettra, du reste, de préciser (fig. 810).

Il est rare, — quoiqu'on le répète traditionnellement — qu'elle descende jusqu'à l'article tibio-tarsien et intéresse le bord postérieur de la mortaise et la surface articulaire mortaisienne; pourtant, le fait s'observe et s'accuse par une hémarthrose tibio-tarsienne plus ou moins abondante.

Ne manquez jamais, du reste, après que vous avez constaté la fracture diaphysaire, quels qu'en soient le type et le siège, d'examiner aussi **les deux articulations limites, le genou et le cou-de-pied**; vous y trouverez assez souvent, même sans lésions ostéo-ligamentaires surajoutées, un certain épanchement, de l'hydarthrose (l'hydarthrose du genou se voit dans les fractures de jambe, comme dans les fractures de cuisse, quoique plus rarement) et cet épanchement peut avoir quelque part dans le pronostic fonctionnel ultérieur.

D. Il arrive encore que vous ne découvriez à l'examen direct, « pré-radiographique, » dont nous parlons, aucune de ces déformations, en somme, bien caractérisées, qui procèdent des divers types de chevauchement; mais un « foyer » très mobile, très crépitant à ses deux extrémités, avec un **fragment intermédiaire**, plus ou moins long, plus ou moins oblique, et saillant par l'un de ses bouts. Le palper ne sera pas toujours démonstratif, mais la radiographie vous renseignera exactement; et, de toute façon, vous ferez bien de penser à cette forme particulièrement grave, quant à la réduction et à la consolidation régulière, de fracture de jambe : fracture du tibia, avec fragment intermédiaire, plus ou moins déplacé et enclavé; fracture du péroné, transversale ou oblique, parfois, elle aussi, à **fragment interposé**.

Enfin, je n'ai qu'à rappeler la *fracture comminutive*, à *fragments multiples*, qui se mobilise et crépité, dans tous les sens.

Le *péroné* est fracturé d'ordinaire *plus haut* que le tibia, quelquefois très haut, *au col*, à la tête; mais ce n'est point là une règle constante : il peut être fracturé plus bas, même à la malléole, ou au même niveau, et, lorsque les deux traits, tibial et péronier, se trouvent ainsi dans le même plan, la mobilité en devient beaucoup plus accusée (Voy. plus haut, p. 689). Si la solution de continuité siège très haut ou très bas, le péroné sert toujours un peu « d'attelle », et, hormis

les cas où la violence initiale a été considérable, il limite, dans une certaine mesure, le déplacement réciproque des fragments tibiaux.

E. Lorsqu'elle est complète, l'intégrité du péroné-attelle prévient et enraye les déplacements tibiaux. Ainsi en est-il dans les **fractures isolées de la diaphyse tibiale**.

Vous ne trouverez parfois, à l'examen direct, qu'un trait transversal douloureux, et un peu de dépressibilité, avec ou sans crépitation nette, à la pression alternative au-dessus et au-dessous de ce trait (fig. 808) Ainsi en est-il encore dans les fractures *sous-périostées*, des jeunes sujets. — Ailleurs, au même niveau, vous percevrez le relief du fragment supérieur, qui saille plus ou moins à la face interne du tibia, pendant que le fragment inférieur se déplace en dehors, dans l'espace inter-osseux, que la crête tibiale est interrompue et qu'une inflexion angulaire se dessine en dedans de la jambe. Il n'y a pas de chevauchement, ni, par suite, de raccourcissement, hormis le cas où l'extrémité supérieure du péroné serait luxée en haut, ou l'extrémité inférieure complètement détachée du tibia, en diastasis.

Vous pourrez voir encore, chez les enfants et chez les adolescents, le tibia simplement incurvé à convexité antérieure — et la même incurvation occuper aussi, parfois, le péroné — pas de dépression locale ni de crépitation, sous la main : c'est le type de la *fracture dite « en bois vert »*.

Bien entendu, la radiographie sera de toute nécessité pour conclure, dans ces diverses formes : c'est elle encore qui démontrera les *fissures*, assez souvent spiroïdes, qu'on peut observer chez les enfants — et qu'on voit aussi — exceptionnellement — chez l'adulte. Il y a lieu d'y penser, en particulier, dans les accidents du travail, parce qu'elles donnent la raison de certaines douleurs locales persistantes, autrement inexplicables.

Nous avons étudié, au *Genou*, les fractures de l'extrémité supérieure du tibia ; quant aux fractures supra-malléolaires, nous y reviendrons, à propos des *fractures du cou-de-pied*. (Voy. plus loin p. 712).

S'il faut savoir examiner la fracture diaphysaire, pour en faire le diagnostic, il convient aussi d'être rompu à l'**examen de la réduction**, une fois que vous avez réduit ou cherché à le faire. Et cela, une fois encore, avant la vérification radiographique, ou lorsqu'on ne peut y recourir.

Suivez du doigt la crête tibiale, de haut en bas : elle doit être rectiligne, régulière, sans heurt ni déviation latérale ; prolongée en bas, elle tombe dans le premier espace inter-métatarsien.

Tracez la ligne d'aplomb du membre inférieur, la verticale, qui descend de l'épine iliaque antéro-supérieure : elle passe par le milieu de la rotule, et vient finir au bord interne du premier métatarsien.

Mesurez encore la longueur de la jambe « réduite », en la comparant à celle de la jambe saine, et, pour cela, il vous suffira de mener un cordon, de l'interligne externe du genou, de la base de la rotule, partie moyenne, ou encore du tubercule de Gerdy, toujours saillant et reconnaissable, à la point de la malléole externe.

Surtout repérez avec grand soin l'*attitude du pied*, et assurez-vous qu'il est nettement à angle droit, que le talon ne tombe pas, que la région sus-talonnière n'est ni concave ni convexe, que la plante est horizontale.



FIG. 811. — Pseudarthrose du tibia en haut (ancienne plaie de guerre).

Il y a aussi l'**examen de la fracture consolidée**, dont nous reparlerons à propos du *cou-de-pied*, et qui, du reste, pourrait faire l'objet, à lui tout seul, d'une longue étude.

Je rappellerai seulement le cal vicieux en *baïonnette*, par chevauchement non réduit : raccourcissement

plus ou moins considérable, gros cal ; — le cal vicieux *par incurvation ou inflexion*, en avant, en arrière, latéralement ; — le cal vicieux *par rotation du fragment inférieur*, inclinaison ou chute du pied en dedans ou en dehors.

Mais la fracture peut, d'autre part, **tarder à se consolider** ou se terminer par **pseudarthrose**.

En pratique, ne vous hâtez pas de conclure à la pseudarthrose, surtout s'il s'agit d'une fracture simple ; vous verrez de très longs **retards de consolidation** (six mois, un an), qui finissent par guérir.

Vous aurez même, parfois, quelque peine à reconnaître encore la mobilité interfragmentaire, et, pour y réussir, vous devrez encadrer les deux bouts le plus près possible de la ligne de fracture, et chercher, par des mouvements alternatifs de translation latérale, à les « faire jouer » l'un sur l'autre (Voy. plus loin, *Cou-de-pied*); d'ailleurs, un autre signe sera confirmatif; l'ancien foyer de fracture reste douloureux dans ces essais de mobilisation, s'ils sont un peu « poussés ».

Lors de **pseudarthrose** proprement dite, et surtout à la suite des fractures compliquées, avec perte de substance, le diagnostic devient évident, et ce qu'il convient de noter alors, à l'exploration locale, c'est, avec l'étendue de la mobilité, la longueur de l'écart interfragmentaire, la forme plus ou moins effilée des fragments, l'atrophie musculaire : toutes données qui seront à confirmer par l'examen radiographique, électrique, etc., et qui pourront étayer les indications thérapeutiques.

Les figures 811 et 812 serviront d'exemple : il s'agissait, ici, d'une pseudarthrose du tibia

(plaie de guerre ancienne, avec large perte de substance osseuse), et du tibia seul, le péroné étant resté intact; aussi la marche était-elle conservée, la pseudarthrose se traduisant par une inflexion angulaire interne très accusée, avec saillie et ascension de la tête péronière. Il en va autrement, quand la pseudarthrose est double, et porte à la fois sur le tibia et le péroné, la solution de continuité péronière pouvant, d'ailleurs, siéger au même niveau que celle du tibia, au-dessus



FIG. 812. — Pseudarthrose du tibia. Radiographie.

ou au-dessous : la mobilité est, alors, autrement prononcée, et l'infirmité autrement grave.

Les fractures qui viennent d'être signalées s'accompagnent d'*ecchymoses* souvent larges, descendantes, qui ne manquent jamais, mais dont l'apparition peut être plus ou moins précoce; nous dirons plus loin, à propos des malléoles, qu'une ecchymose étendue et hâtive est toujours un signe présomptif de fracture, et le fait vrai pour toutes les régions (voy. *Crâne, Bras, Cuisse, etc.*); elles s'accompagnent aussi, de temps en temps, de *phlyctènes*, dont l'abondance et la précocité peuvent aussi servir au diagnostic. Enfin, vous verrez, surtout dans les fractures chevauchées, à grand déplacement, des hématomes, des infiltrations, énormes parfois, surtout au mollet.



FIG. 813. — *Tibia Lannelongue.*

Il y a aussi de ces gros **hématomes du mollet**, sans fracture, et, parmi les lésions **traumatiques des parties molles, à la jambe**, c'est une forme à noter; la rupture de varices intra-musculaires semble à évoquer, dans certains cas. — Ailleurs, l'hématome succédera au « coup de fouet », mais la douleur brusque, aiguë, qui dénonce ce même accident, sera caractéristique.

AFFECTIONS NON TRAUMATIQUES DES OS

En dehors du traumatisme, vous verrez, à la jambe, toute une série de lésions, dont le diagnostic aura également pour élément principal l'examen à l'œil et à la main.

Il faut établir deux catégories de ces lésions, suivant qu'elles procèdent **DES OS** ou qu'elles siègent **DANS LES PARTIES MOLLES**.

AUX OS, vous trouverez : des **courbures rachitiques**, de types divers, à convexité antérieure ou latérale, le plus souvent, associées au genu valgum, au genu varum, au genu recurvatum, aux pieds-bots, bilatérales d'ordinaire.

Signalons encore la courbure antérieure du tibia, plus ou moins saillante (fig. 813 et 814), le **tibia Lannelongue**, témoin de l'hérédo-syphilis.

Vous rencontrerez aussi des **exostoses épiphysaires** de l'extrémité tibiale supérieure, internes, en crochet descendant, (fig. 814 *bis* et 815) qui, parfois soulèvent la peau, et qu'on reconnaît, en tout cas, au moindre palper. Explorez toujours l'autre jambe : elles sont souvent bilatérales.

Il y a d'autres exostoses à l'épiphyse tibiale supérieure : des exostoses postérieures, qui s'infiltrèrent dans l'épaisseur des muscles et acquièrent, dans certains cas, un grand volume. Vous sentez un gros bloc dur, osseux, bosselé, immobile, qui émerge en haut du creux poplité et qui descend plus ou moins bas dans le mollet : vous êtes surpris, et, tout naturellement, vous pensez au sarcome, au sarcome ossifiant.

L'interprétation peut être exacte, parfois ; mais il faut connaître ces volumineuses **exostoses du mollet**, bénignes, curables et qui se reconnaîtront à leur très lente évolution, à leur dureté osseuse « totale », à leur implantation pédiculaire (avec pédicule plus ou moins large, du este) à la face postérieure du tibia, tout en haut (c'est la radiographie, qui fournit alors des données démonstratives).

M. Alquier a bien décrit ces exostoses ; j'en ai vu, au cours de la guerre, un exemple, des mieux caractérisés. Il s'agissait d'un jeune soldat, chez qui je constatai le gros « bloc osseux sous-poplité », dont je parlais tout à l'heure ; la tumeur remontait à dix ans, elle s'était développée peu à peu, sans douleur ; mais elle entravait un peu la flexion du genou et gênait la marche. Je découvris par une incision interne, et j'excisai, au ciseau, la masse osseuse. L'excision fut incomplète, car, à quelques mois de là, j'appris qu'une nouvelle intervention avait eu lieu dans un hôpital de la zone des étapes, qu'on avait



FIG. 814. — *Tibia Lannelongue.*
Radiographie.

conclu au sarcome, et que l'amputation de la cuisse était décidée. Sur ma demande, on voulut bien me renvoyer le malade, et m'adresser, avec lui, la tumeur, « restante ou récidivée », qui avait été extirpée; l'examen histologique ne confirma nullement l'hypothèse néoplasique.



FIG. 814 bis. — *Exostose épiphysaire du tibia, en haut et en dedans.*

Après quelques semaines de traitement, mon jeune soldat guérit; il est resté guéri, il s'est marié, il est père de famille.

Vous pourrez avoir affaire encore à des **tumeurs osseuses localisées**, dont les caractères cliniques manifesteront nettement la nature : ainsi en était-il de l'**épithélioma du tibia**, représenté figure 816 : la peau était ulcérée et un volumineux champignon, gosselé et saignant, faisait relief à la face interne du tibia; au-dessous de ce champignon proéminent, je pénétrai dans un os, ulcéré, lui aussi, friable, saignant, et l'examen histologique des fragments prélevés démontra l'épithélioma : l'amputation de cuisse fut pratiquée.

Mais voici une autre « image clinique », dont l'interprétation soulèvera parfois de tout autres difficultés.

A telle ou telle hauteur de la jambe, vous trouvez une **GROSSE TUMEUR DIFFUSE, QUI FAIT CORPS AVEC LES OS**, le plus souvent avec le tibia, une tumeur qui figure un relief régulièrement convexe ou plus ou moins bosselé, et que recouvre une peau tendue, mais indemne et mobile; — une tumeur **qui date de loin**, qui s'est développée lentement, sans à-coups notables, et qui a été longtemps négligée, parce qu'elle ne gênait que peu la marche et le travail. Vous serez témoins, dans toutes les régions, de ces accoutumances étranges (chez certains sujets) aux grosses tumeurs, qui ne font pas souffrir.

Explorez-la, cette masse saillante; ne vous contentez pas de palper la surface et les contours du relief; cherchez si elle procède du tibia ou du péroné, et poursuivez-la dans la profondeur, en avant, à travers les muscles antérieurs, relâchés



IG. 815. — *Exostose épiphysaire de l'extrémité supérieure du tibia.*



FIG. 816. — *Épithélioma du tibia.*

par la flexion du pied, en arrière, en pliant le genou, pour détendre les muscles du mollet, et ne manquez pas de compléter l'examen dans le décubitus ventral. (Voy. plus haut, fig. 796 et 797.)

Vous reconnaîtrez, de la sorte, plus ou moins nettement, jusqu'où la masse se prolonge, en haut, en bas, en arrière, dans l'espace inter-osseux, au contact et autour de l'os adjacent; et vous en apprécierez les caractères de surface, la consistance, l'indolence ou les « points sensibles ».

A quoi penser? — A l'**ostéomyélite chronique**, au **sarcome**, à la **syphilis**.

La « **tumeur ostéomyélitique** » est dure, compacte, un peu bosselée, d'ordinaire; si l'on démêle une **poussée** aiguë, douloureuse, **fébrile** dans les commémoratifs (parfois malaisés à préciser, les accidents aigus remontant à l'enfance, et l'ostéomyélite chronique s'observant à une échéance beaucoup plus tardive), on trouvera là, pour le dia-



FIG. 817. — *Ostéomyélite chronique d'emblée, hypertrophique et généralisée, du tibia.*

gnostic, un appoint de grande valeur; une ou plusieurs **cicatrices** cutanées, même distantes de la zone actuellement affectée (la croissance les en a écartées) seraient aussi particulièrement démonstratives.

S'agit-il d'*ostéomyélite chronique d'emblée*, il est rare encore — quand la masse grossit, lentement, mais progressivement — que l'on n'observe pas, si l'on suit le malade, quelques élévations thermiques, quelques douleurs, surtout nocturnes; vous verrez enfin, dans certains cas, ces douleurs s'accuser, par crises ou continues, la fièvre survenir, par intermittences, puis s'établir, à grandes oscillations; la masse, toujours dure, devenir « sensible » sur toute sa continuité, et nettement douloureuse en certains points: un abcès se crée sous l'épaisse carapace osseuse périphérique, *abcès central*, (abcès douloureux des os), et toute thérapeutique restera illusoire, jusqu'à ce qu'on ait trépané l'os et ouvert cet abcès profond.

C'est le type habituel. Il convient de rappeler une autre forme de « tumeur ostéitique », assez rare, du reste, tumeur de surface convexe, régulière et lisse, et dont la paroi en coque mince se déprime parfois sous le doigt qui explore, en crépitant (crépitation parcheminée); on

peut même, si elle proémine suffisamment, y déceler de la transparence, à la lumière transmise. Ces indices devront éveiller l'idée d'une **ostéite kystique** : la radiographie conclura.

Enfin, je signalerai les deux figures 817 et 818 : il s'agissait d'une **ostéomyélite chronique d'emblée, hypertrophique et généralisée**, de toute la continuité du tibia. L'infirmité était complète et des plus pénibles : j'amputai la cuisse.

Mais ces ostéites kystiques et ces ostéites hypertrophiques diffuses sont des exceptions en pratique courante ; ce qu'il faut bien connaître, c'est la « tumeur ostéomyélique », avec peau intacte, sans abcès périphériques, dont nous parlions tout à l'heure, et dont le diagnostic est à discuter, en certains cas, avec le *sarcome* et la *sypilis*.

L'ostéo-sarcome. — Certes, dans la forme périostique, la consistance de la tumeur, si compacte soit-elle, n'est pas dure comme l'ostéomyélite ; mais vous vous trouverez en présence de sarcomes centraux, qui refoulent en dehors la paroi tibiale et restent plus ou moins longtemps enveloppés d'une coque osseuse ; et vous verrez des cas, où l'interprétation est particulièrement épineuse ; sans doute, l'examen radiographique fournit de précieuses données, parfois démonstratives d'emblée ; mais il est telles conditions, où le problème ne paraît pas résolu, et la solution est d'importance.

Dans le *sarcome central*, la surface de la tumeur est, en général, plus régulière que dans l'ostéomyélite, et, s'il y a des bosselures ou des zones saillantes, elles n'ont pas la dureté osseuse ; elles sont rénitentes ou molles. Je me souviens de faits, où le diagnostic ne s'est



FIG. 818. — Ostéomyélite chronique hypertrophique du tibia. Coupe longitudinale du tibia.

confirmé qu'au cours de l'intervention, et je crois que, hormis les cas « d'évidence », (il y en a; accroissement rapide de la masse, qui émerge de la coque osseuse, en certains points; douleurs intenses; ganglions inguino-cruraux; pâleur, état général plus ou moins compromis), il est de pratique sage, d'aller toujours découvrir et reconnaître la tumeur, dans un premier temps — d'autant plus que l'exérèse locale, au moins dans certains sarcomes, peut donner de durables résultats (voy. p. 487 et fig. 550);

La localisation de quelques-unes de ces tumeurs, non plus sur la continuité de la diaphyse tibiale ou péronière, mais sur *une* épiphyse, et, en particulier, à l'épiphyse



FIG. 819. — Gros sarcome de la tête du péroné, développé en arrière, sous les jumeaux.



FIG. 820.
Gros sarcome central de la tête du péroné.

supérieure, peut entraîner des difficultés particulières d'interprétation.

Voyez les figures 819 et 820 : gros sarcome, né dans la tête du péroné, et développé tout entier en arrière, à la partie supérieure du mollet; on voyait et sentait là une volumineuse tumeur, bridée par les jumeaux, ferme, presque dure, et dont la nature et l'origine ne laissaient pas que d'être, tout d'abord, assez difficiles à préciser; c'était

un sarcome central de l'extrémité supérieure du péroné, qui proéminait en arrière, après une large destruction de sa gaine osseuse primitive. Or, la vaste cavité osseuse, de bords épais et saillants, que représente la figure 820, n'était pas aussi nettement apparente sur la jambe recouverte de ses parties molles, et « vivantes », et ce ne fut qu'en suivant le péroné, de bas en haut, par le procédé représenté figure 809, qu'on s'assura qu'il était épaissi au niveau de la tête et du col, et qu'il faisait corps avec la masse postérieure, sous-poplitée.

La Syphilis. — En pratique, je répéterai, ici, qu'il faut toujours y penser, et recourir, en règle, à la « réaction ».

Elle peut se présenter sous deux formes, qui rappellent et simulent parfois l'ostéomyélite chronique ou le sarcome.

Vous verrez des ostéites syphilitiques *compactes*, *dures*, figurant des tumeurs circonscrites plus ou moins volumineuses, ou des tumeurs localisées, le plus souvent à la face interne du tibia, également dures, *hyperostotiques*; — l'aspect rappelle celui de l'ostéomyélite chronique, et, malheureusement, le traitement spécifique est, en pareille occurrence, d'efficacité médiocre.

Vous verrez aussi des *ostéites gommeuses*, en grosses tumeurs parfois, mais ramollies par places, et qui peuvent donner l'illusion du néoplasme. Ce sont, d'ordinaire, des lésions douloureuses, et l'acuité « nocturne » des douleurs est à relever.

Vous pourrez rencontrer encore des **ostéo-périostites typhiques, non abcédées**, en relief dur, localisé d'ordinaire à la face interne du tibia; c'est encore une hypothèse qu'il faut savoir émettre et vérifier.

Quant à l'*ostéite tuberculeuse*, il faudra aussi ne jamais l'oublier, et vous pourrez avoir affaire à des tuberculoses centrales, enveloppées d'hyperostose, et qui, cette fois encore, ressemblent singulièrement à l'ostéomyélite. Pourtant, plus ou moins vite, le foyer s'entoure d'une gaine fongueuse, des abcès se forment, et c'est sous la forme abcédée ou fistuleuse, que le diagnostic se présente le plus souvent à faire.

Ailleurs, il ne s'agit plus d'une « tumeur » osseuse froide, recouverte d'une peau indemne et mobile; **il y a un abcès**, un abcès d'origine osseuse, avec un os plus ou moins déformé, tuméfié, au-dessous de lui. Cet abcès, cette collection fluctuante, on pourra les confondre avec une gomme ramollie, une gomme osseuse, s'entend; il faut y penser; mais, si l'on y pense, on ne se laissera pas tromper, d'ordinaire. — Non; c'est un abcès, plus ou moins volumineux, qui soulève une peau un peu rouge et œdémateuse, ou que l'on délimite, dans le plan sous-cutané, indolent, sans rougeur, sans altération cutanée.

Cet abcès élimine d'emblée le sarcome; oh! je sais bien qu'on voit des sarcomes avec abcès, abcès d'origine cutanée, le plus souvent, et

procédant de la peau distendue, irritée, infectée (et, plus tard, ulcérée) : mais ce sont des raretés, et qui ne compromettent pas, en général, le diagnostic de la tumeur, alors de plein développement et de grand volume. — L'abcès, en règle, signale l'ostéite : ostéomyélite chronique prolongée, périostite typhique (quelquefois à longue échéance, tuberculeuse osseuse).

Notez que, s'ils s'accompagnent parfois de rougeur cutanée, d'œdème, et revêtent les apparences de l'abcès chaud, ou « échauffé », ces abcès peuvent garder l'allure et les caractères de la suppuration



FIG. 821. — Ostéomyélite chronique de l'extrémité supérieure du péroné, avec abcès.

« froide », dans les diverses variétés d'ostéites, qui étaient rappelées tout à l'heure.

Voyez la figure 821 : gros abcès de la région péronière supérieure, émanant, suivant toute vraisemblance, de l'extrémité supérieure du péroné ; il date de plusieurs mois et a grossi peu à peu ; il est indolent ; la peau est légèrement teintée de brun, à son niveau, sans rougeur, sans œdème ; le malade a une vingtaine d'années, il est un peu pâle et maigre. On conclut à l'abcès froid et à l'ostéite tuberculeuse ; on opère : abcès contenant du pus bien lié, sans grumeaux ; pas de fongosités périphériques ; péroné dénudé, dur, compact, séquestré dans son tiers supérieur, et dont le segment nécrosé est réséqué tout d'une pièce. C'était une ostéomyélite, et l'on retrouve, en cherchant bien dans le passé, une série d'accidents aigus, fébriles, douloureux, ayant nécessité un séjour au lit pendant plusieurs semaines.

Il faut retenir les exemples de ce genre, pour ne pas conclure, d'emblée et toujours, à l'abcès froid tuberculeux, en présence de ces

suppurations anciennes, indolentes, silencieuses. Ajoutons que, dans l'abcès froid tuberculeux, la peau est d'ordinaire, plus largement intéressée, rougeâtre ou violacée, épaissie, infiltrée.

Mais ces abcès finissent par s'ouvrir et se fistulisent, et c'est ainsi que vous êtes conduit à trouver et à examiner parfois de **grosses tumeurs osseuses, suppurées et fistulisées**. En pareil cas, il faut toujours suspecter d'emblée la tuberculose, mais il faut toujours, également, songer à l'ostéomyélite. Il y a des formes qui sautent aux yeux : fistules multiples, de bords amincis, érodés, violacés, et entourés d'une zone cutanée, plus ou moins large, de même aspect ; écoulement d'un liquide séro-purulent, parfois grumeleux ; fongosités saillant par les orifices ; gros ganglions inguino-cruraux, le plus souvent. **Ostéite tuberculeuse, suppurée et fistulisée** : c'est entendu.

Mais il y a aussi des cas — et qui ne sont pas rares — où, sous un aspect très analogue, l'**ostéomyélite** est en cause. C'est l'exploration des fistules, qui vous fournit alors les meilleurs renseignements : vous ne pénétrez pas dans un os friable, comme le fait s'observe lors de tuberculose ; vous heurtez de l'os compact, par tous les trajets fistuleux, de l'os nécrosé ; et, de plus, le segment osseux correspondant est, d'ordinaire, très épaissi, très volumineux, et dur, *uniformément dur*, donnant aux doigts une toute autre sensation que l'os tuberculeux, ramolli et dépressible par places. — Il est bon d'être prévenu de ces faits, pour ne pas admettre, de prime abord, la tuberculose, dont le pronostic est autrement grave.

AFFECTIONS DES PARTIES MOLLES

Je suppose maintenant que les os soient indemnes, et que l'affection porte exclusivement sur les **PARTIES MOLLES**. Le palper le démontre, et la mobilité profonde témoigne de l'intégrité du squelette, dont la forme, le volume, la surface ne révèlent, d'ailleurs, rien d'anormal.

Nous signalerons ici les **ŒDÈMES CHRONIQUES**, les **VARICES**, les **NÉOPLASMES**, les **ULCÈRES**. Nous retrouverons les *gangrènes*, plus loin, au *pied*.

Voyez la figure 822 ; il s'agissait d'un **œdème chronique, lymphatique**, de la jambe droite, chez une jeune fille, qui en souffrait depuis plusieurs années ; l'œdème remontait un peu au-dessus du genou ; il se réduisait notablement par le séjour au lit, mais reprenait vite son volume, dès que la jeune fille se levait et marchait. La jambe était presque doublée, la boursouffure, circonférentielle, indolente, assez ferme, recouverte d'une peau très pâle. On ne trouvait de cicatrice ni de tumeur, nulle part. Il y avait également une légère tuméfaction

œdémateuse de la jambe gauche. Le gros pilier d'œdème que représentait la jambe droite entraînait une gêne fonctionnelle croissante, qui n'avait cédé à aucun traitement : je pratiquai (c'était en 1913), les excisions aponévrotiques conseillées par M. Condoléon (d'Athènes), en y combinant des excisions cutanées, et j'obtins un assez bon résultat, que je n'ai malheureusement pas pu suivre.

Ces œdèmes diffus permanents relèvent, sans doute, de lésions ganglionnaires, congénitales ou acquises, et, dans certaines conditions, il y a lieu de ne pas perdre de vue la filariose.



FIG. 822. — Œdème chronique, lymphatique, de la jambe droite.

Vous verrez encore, à la suite de certains accidents, de certains traumatismes sans plaie, des **œdèmes**, parfois **énormes**, de tout le membre inférieur, ou limités au pied et à la jambe, ou à la jambe seule, à la cuisse seule : œdèmes circonférentiels, indolents, permanents, eux aussi, et qui résistent opiniâtement à toute thé-

rapeutique. Leur origine est le plus souvent imprécise, mais il



FIG. 823. — Ulcère varico-syphilitique de la jambe avec œdème éléphantiasique.

paraît bien qu'on puisse assez souvent évoquer une action nerveuse. J'en ai observé, pendant la guerre, quelques cas réellement « mons-

trueux », et je rappellerai celui d'un officier, qui, après un coup de pied de cheval, sans plaie, sans fracture, datant de six mois, à la cuisse droite, présentait un œdème dur, généralisé, de cette cuisse, qui en doublait la circonférence, et qui se prolongeait, « moins développé », à la jambe. On rencontre de gros œdèmes chroniques du membre inférieur, à la suite des oblitérations veineuses haut situées; mais la forme que nous venons d'indiquer diffère de ce type courant par le volume anormal du membre infiltré, et, quelquefois, (comme dans le fait que nous venons de rappeler) par la distribution de l'œdème, qui peut être à rebours de la loi de déclivité.

Plus souvent, vous aurez affaire aux **œdèmes chroniques, pseudo-éléphantiasiques**, consécutifs aux **ulcères** ou aux **fistules** invétérées de la jambe. Les figures 823 et 824 en sont des exemples; — figure 823: vieil ulcère, varico-syphilitique, de la jambe gauche; peau brunâtre, épaissie, bosselée, scléreuse; la jambe est cylindrique, très grosse, infiltrée sur toute sa hauteur, et l'infiltration s'étend au pied, du reste, renversé en dedans, et à peu près immobile; — figure 824, aspect, déformation, impotence, toutes semblables; quelques trajets fistuleux, d'ailleurs, étroits et suintant peu, conduisent au tibia, mais l'affection osseuse date de loin, n'a jamais guéri, n'a jamais été traitée, dans certains cas, et, peu à peu, la grosse jambe éléphantiasique s'est constituée. Il s'agit là, très souvent, d'infirmités irrémédiables et douloureuses; et l'amputation peut être indiquée.

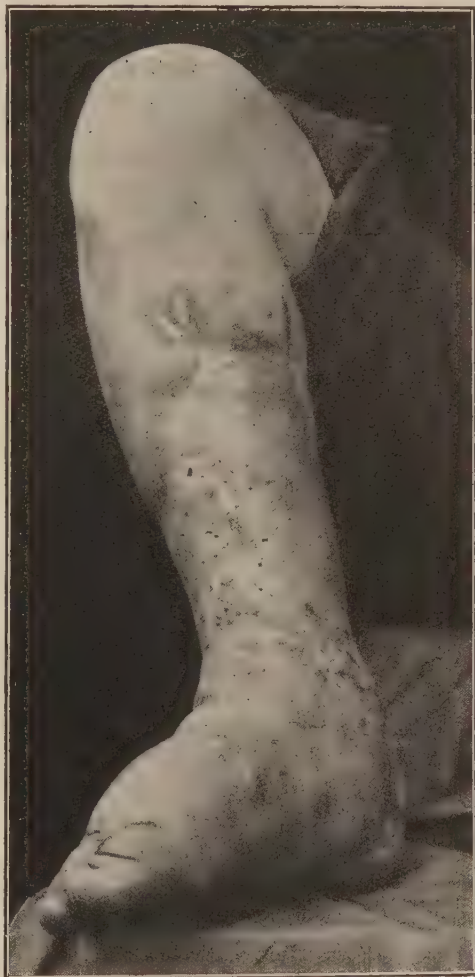


FIG. 824. — Œdème éléphantiasique de la jambe et du pied; fistules osseuses invétérées.

Les **Varices**. — Elles nécessitent une exploration méthodique, pour en apprécier le siège, les caractères, les formes particulières, les complications, les indications opératoires.

Grosses varices superficielles, sinueuses, bosselées, saillantes. Elles peuvent affecter simultanément les deux territoires de la *saphène*



FIG. 825. — Grosses varices de la saphène interne, à droite; de la saphène externe, à gauche. Vue antérieure.

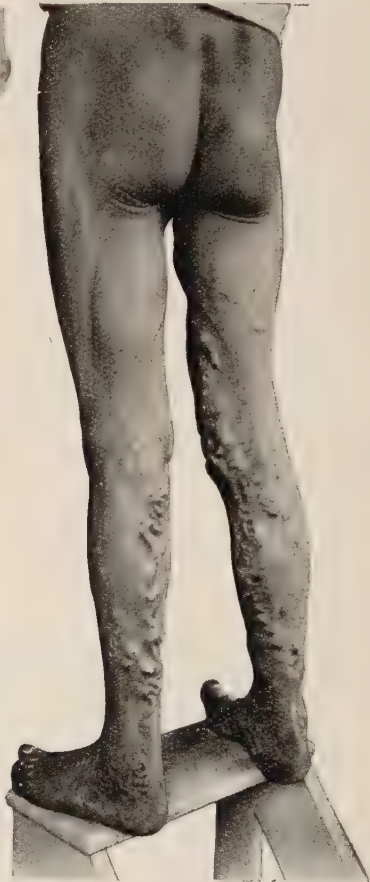


FIG. 826. — Id. Vue postérieure.

interne et de la *saphène externe*, ou rester cantonnées à l'un ou à l'autre territoire; chez le sujet représenté figures 825 et 826, la saphène interne était variqueuse à droite, la saphène externe à gauche; les varices étaient très volumineuses, et complètement indolentes; l'homme était entré dans notre service pour un traumatisme, et ne se souciait nullement des énormes dilatations veineuses, qu'il portait depuis fort longtemps aux deux membres inférieurs.

C'est en pareil cas, et lorsqu'on trouve à la face interne de la cuisse

une grosse saphène interne, bosselée et sinueuse, qu'il devient intéressant de se rendre compte de l'*insuffisance valvulaire*. Faites étendre votre sujet, videz ses veines de bas en haut, puis comprimez la saphène interne tout en haut, au niveau de sa crosse; faites-le lever, alors, en maintenant le barrage : vous sentez la colonne sanguine rétrograde qui vient heurter vos doigts, mais le segment périphérique de la veine ne se dilate pas; cessez de comprimer, et, brusquement, la veine se distend et proémine. Le sang reflue librement, de haut en bas; rien ne l'arrête : les *valvules sont forcées*. Et vous pouvez conclure que l'ectasie est définitive, et qu'elle ne fera que s'accroître et s'étendre, si l'on n'y remédie pas.

Vous verrez toute une série d'autres formes : une saphène interne, apparente et noueuse, à la cuisse; rien à la jambe; une saphène externe

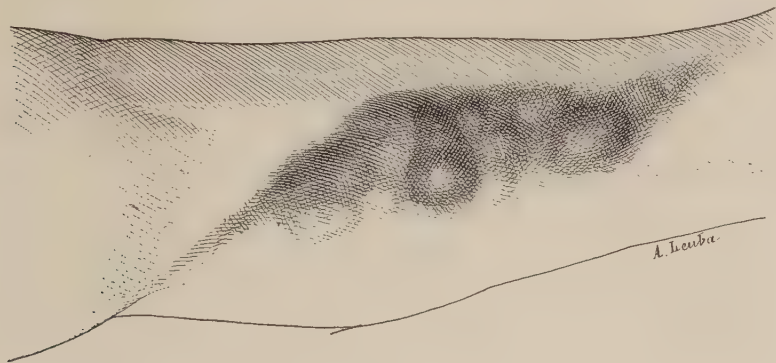


FIG. 827. — Tumeur variqueuse localisée de la jambe.

dilatée sur un court segment, à la partie médiane postérieure du mollet, dans la zone sous-poplitée; rien de net, plus bas. — Vous verrez aussi, à l'embouchure profonde de l'une et de l'autre saphènes, une bosse saillante, une poche fluctuante, réductible, qui peut en imposer, le reste du membre gardant un aspect normal, pour un abcès froid, une hernie. — Vous trouverez encore, et parfois avec une intégrité complète (en apparence) du reste du membre, avec des troncs terminaux qui ne semblent pas dilatés, des *tumeurs variqueuses localisées* (fig. 827) : un amas circonscrit de veines ectasiées, sinueuses et bosselées, une véritable « tumeur », parfois, avec de l'œdème dur et des thromboses.

Je voudrais rappeler encore les *varicosités*, ces petites nouures, violacées ou rougeâtres, ces courtes sinuosités veineuses, sous-épidermiques, disséminées à la surface de la jambe, au dos du pied, plus rarement à la cuisse : ces varicosités superficielles dénoncent souvent les *varices profondes*, intra et intermusculaires, et vous relevez, en même temps, les douleurs du mollet, les crampes, les gênes fonctionnelles,

les œdèmes du bas de la jambe, apparents le soir et résorbés le matin, qui témoignent de ce processus variqueux profond.

Il faut suivre et palper les cordons variqueux superficiels : vous sentirez des dilatations, des bosselures, qui ne font pas relief à la peau ; souvent aussi, vous sentirez des nodosités, des tractus fibreux localisés, reliquats de phlébites anciennes. Vous verrez encore ces taches brunâtres, irrégulières, plus ou moins diffuses, des deux faces de la jambe, qui sont d'observation courante, lors de varices anciennes, et qui, s'il n'y a pas de dilatations veineuses apparentes, signalent, elles aussi, les varices profondes.

Enfin vous aurez affaire — souvent — aux **complications** :

— Aux **hémorragies par rupture variqueuse**. Je noterai que la



FIG. 828. — Ballotement du mollet pour la recherche de la douleur, lors de phlébite.

rupture porte quelquefois sur une toute petite ampoule, sans que l'on trouve de grosses dilatations veineuses, le long du membre, et ces hémorragies, très simples à enrayer, si l'on est prévenu, n'en deviennent pas moins considérables et graves, dans certains milieux et certaines conditions.

J'ai vu des femmes, de pauvres vieilles femmes, d'ordinaire, « saignées à blanc » par cette étroite déhiscence veineuse, qu'une compression, faite à temps, eût oblitérée ; j'en ai vu mourir une, cette année encore, qui nous avait été amenée en état d'anémie suraiguë, et irrémédiable.

— Aux **phlébites variqueuses**, circonscrites à une « tumeur variqueuse », et s'accusant par une rougeur cutanée, de l'œdème, de la douleur (de la fièvre, naturellement), et une induration, en cordons, en noyaux, — qu'il faut explorer *doucement*, sans pression forte, sans brusquerie — ou occupant tel ou tel segment du gros tronc, saphène

interne ou saphène externe, et se traduisant par un cordonnet ferme, douloureux, rouge, ou par une série de bosselures, étagées sur la continuité de la veine, et de mêmes caractères.

— Aux **ulcères** (voy. plus bas).

Et, qu'il y ait ou non des varices, je voudrais rappeler ici les signes d'exploration des **phlébites du membre inférieur**, des phlébites infectieuses, telles qu'on les observe, au cours de multiples affections d'ordre médical, dans la puerpéralité, dans certaines suppurations pelviennes, à la suite de certaines laparotomies.

Douleur brusque au mollet; un peu d'œdème à la région malléolaire; très souvent, un point de côté, un crachement de sang (embolie: infarctus). Faites balloter le mollet, comme le représente la figure 828: vous réveillerez de la douleur, s'il y a phlébite (Vulpian); explorez la saphène interne, en dedans de la cuisse, jusqu'à son embouchure, tout en haut; explorez encore, sous l'arcade, le tronc de la veine fémorale, et, au-dessus de l'arcade, la veine iliaque externe: vous trouverez de la sensibilité, de la douleur, au long de cette veine ascendante, quelquefois même un cordonnet ferme de thrombose: le diagnostic est définitivement confirmé.

ULCÈRES DE JAMBE

Il faut savoir reconnaître: l'ulcère **variqueux**, l'ulcère **syphilitique** (*ulcus elevatum* tertiaire, de Verneuil), et les formes hybrides, varicosyphilitiques; — l'ulcère **secondairement épithéliomateux** et l'**épithélioma ulcéré de la peau**; — l'ulcère **tuberculeux**; — l'ulcère **endartéri-tique**.

L'ulcère **variqueux** siège d'ordinaire à la face interne de la jambe; il peut s'étendre à la face externe, faire le tour du membre, et devenir cet ulcère *circonférentiel*, de cure si aléatoire et si malaisée, et qui, d'autre part, ne se cicatrise guère, sans créer une bride circulaire compressive, entraînant l'œdème chronique du pied. Il est de contours irréguliers, le plus souvent allongé suivant l'axe du membre; à la longue, il réagit sur le tibia sous-jacent, et vous observerez parfois de grosses périostoses, que Reclus avait bien décrites, et qui servent de base à cet ulcère.

Voyez figure 829 un type d'**ulcère syphilitique**, d'*ulcus elevatum* tertiaire, de Verneuil: il siège à la *face externe* de la jambe; il est *arrondi*, ou, du moins, entouré d'une série de bords ronds; il a *détruit l'aponévrose*, et les *muscles saillent*. — Faites faire la réaction de Bordet-Wassermann; elle était positive dans le cas figuré ici, et le traitement spécifique fut suivi d'une cicatrisation relativement rapide; mais, six

mois plus tard, l'ulcère était récidivé, et c'est cette récidive qui est représentée figure 829.

J'ajouterai que, dans tout ulcère de jambe, la réaction spécifique



FIG. 829. — Ulcère syphilitique de la jambe.

est à rechercher : vous rencontrerez, en effet, et assez souvent, des *ulcères mixtes, varico-syphilitiques*, et qui valent d'être reconnus, parce que la médication spécifique devient un élément nécessaire de leur traitement.

Les vieux ulcères peuvent « se cancériser », et vous voyez surgir

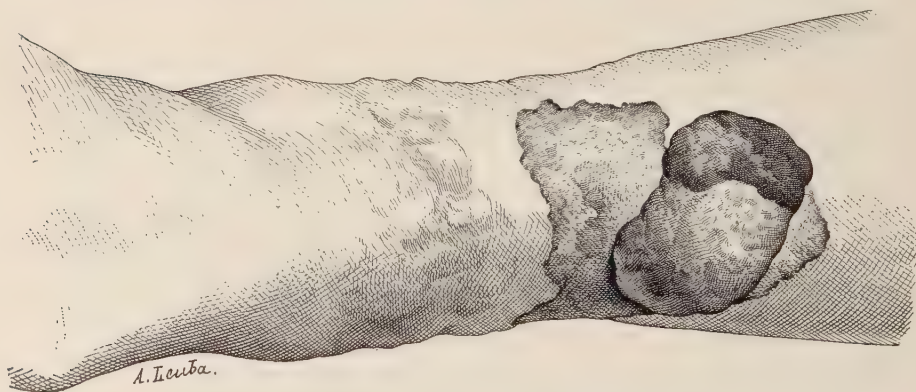


FIG. 830. — Épithélioma développé sur un ulcère variqueux.

alors, à leur surface, un champignon, plus ou moins large et volumineux, de bourgeons durs et saignants (fig. 830). Allez aux ganglions : ils deviennent souvent durs, eux aussi, et ne donnent plus la banale

impression de l'adénopathie chronique simple, d'observation coutumière dans les ulcères variqueux.

Mais vous verrez aussi des **épithéliomas cutanés, qui prennent**

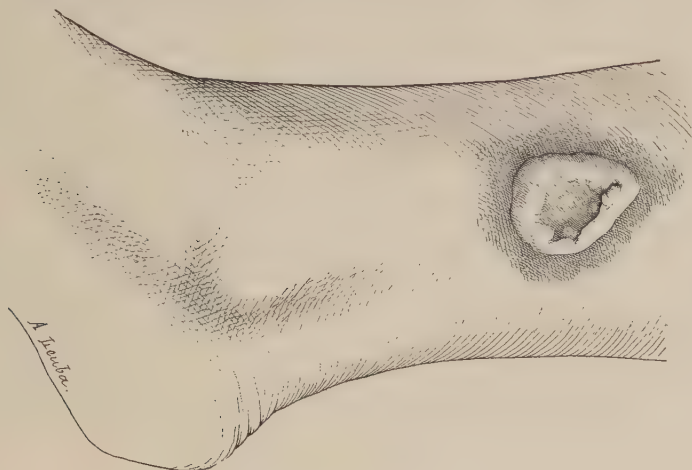


FIG. 831. — Épithélioma cutané, ulcéré de la jambe.

figure d'ulcères : ulcères à bords épais, plus ou moins noueux, à fond bourgeonnant dur, et qui saignent au moindre frottement (fig. 831). Les ganglions sont, là encore, bien entendu, toujours à explorer.



FIG. 832. — Ulcère endartéritique de la jambe.

Tout autre est l'**ulcère tuberculeux** : il est de bords sinueux, amincis, décollés, violacés; il est plat, mou, déprimé, de fond pâle, rosé, suintant. Il faut toujours, en pareil cas, penser à la fistule, et la rechercher, au centre de l'ulcère, et surtout sous les bords; car ces ulcérations cutanées se développent souvent autour d'une fistule

osseuse, en traduisant la « tuberculisation » extensive de la peau, sur les côtés de l'orifice fistuleux originel.

Reste enfin l'**ulcère endartéritique**. La figure 832 en représente un exemple typique. Homme de soixante-cinq ans; artério-sclérose généralisée; fémorale dure, et qui bat très peu; pas de varices; réaction spécifique négative; ulcère à bord mince, sans réaction, ne saignant pas, véritable perte de substance, sphacélique, de la peau. C'est une forme de gangrène « sénile », de gangrène endartéritique, limitée à la peau, et vous trouverez parfois, sur ces membres, de vitalité amoindrie et précaire, une série de plaques ulcérées, de même aspect.

COU-DE-PIED ET PIED

Traumatismes et leurs suites; — affections non traumatiques, aiguës et chroniques; — ulcérations, fistules, tumeurs, gangrènes; — pieds bots : comment regarder, comment explorer?

TRAUMATISMES DU COU-DE-PIED

Leur complexité est grande, à suivre les descriptions radiographiques, et les classifications qui se sont succédées; en pratique, il convient de distinguer deux types cliniques : les traumatismes à **grande déformation**, les **traumatismes sans déformation**.

Regardez donc, avant tout palper, toute exploration directe.

I. GRANDE DÉFORMATION

A. **Le talon tombe**; au-dessus de lui, **la région du tendon d'Achille est incurvée en arrière** plus ou moins profondément (fig. 833). A quoi penser?

Luxation tibio-tarsienne en arrière, avec fracture du péroné, ou fracture des deux malléoles.

Exemple : (fig. 833). Chute du talon; sur le devant de l'articulation, on sentait nettement le relief du bord antérieur de la mortaise, et au-dessous de lui, un « creux » (fig. 834); la réduction s'obtint, non sans peine, en tirant le pied dans l'axe et le ramenant en avant.

Subluxation tibio-tarsienne en arrière avec fracture marginale postérieure du tibia (fig. 835). La réduction est alors, en général, beaucoup plus simple, car il ne s'agit pas d'une luxation proprement dite, mais d'un « glissement » en arrière de l'astragale, à laquelle le fragment cunéen, détaché du bord tibial postérieur, ouvre la voie. Il ne

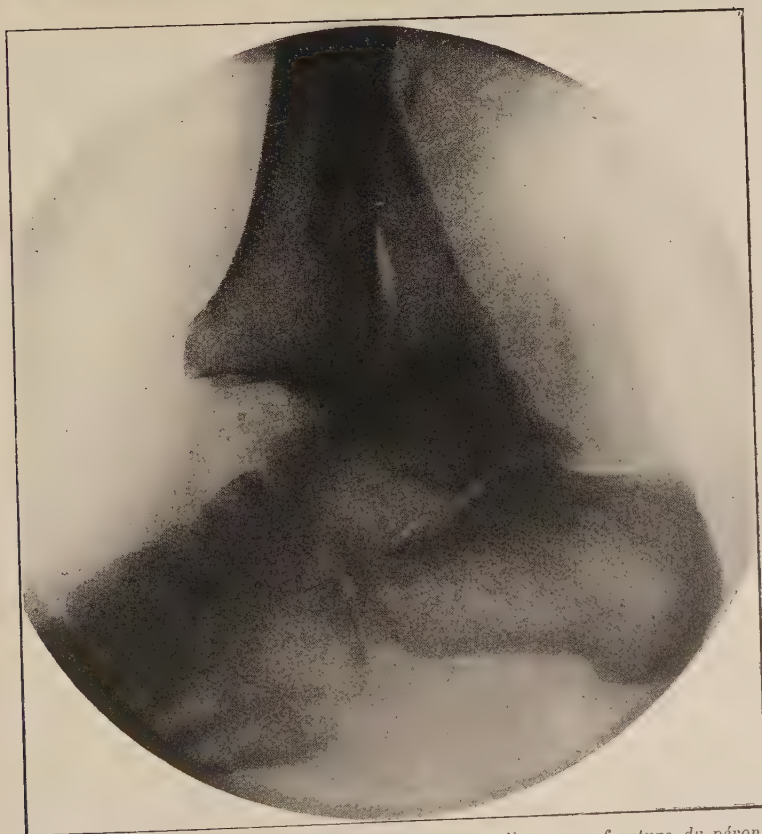
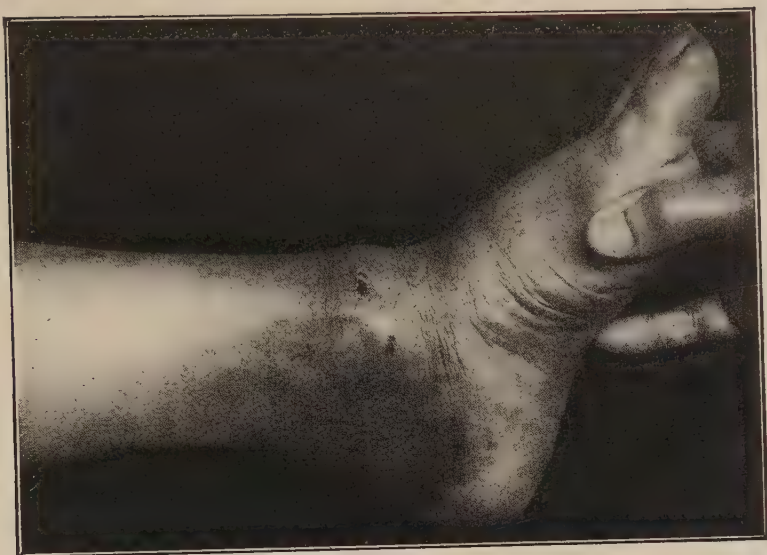


FIG. 833 et 834. — Luxation tibio-tarsienne en arrière, avec fracture du péroné.

faut pas oublier la réelle fréquence de ces fractures; en explorant le



FIG. 835. — Subluxation tibio-tarsienne en arrière avec fracture marginale postérieure du tibia.

bord postérieur de la mortaise tibiale, on arrive à repérer, plus ou moins nettement, ce fragment qui saille en arrière, qui se déplace en crépi-

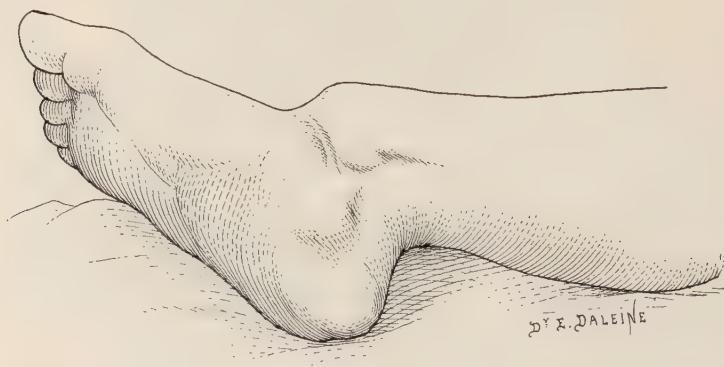


FIG. 836. — Fracture sus-malléolaire avec chute du talon.

tant, parfois, et qui, toujours, est le siège d'une douleur locale bien caractérisée. C'est la radiographie qui conclut.

Luxation sous-astragalienne en arrière. C'est une « rareté »; l'avant-pied est fortement raccourci, et ce qui fait relief en avant, ce n'est pas le « bord » de la mortaise tibiale, c'est la tête ronde de l'astragale, que l'on reconnaît à une exploration suffisante.

Fracture sus-malléolaire avec chute du talon. Cette fois, l'inflexion postérieure est plus haut située (fig. 836); le talon est plus ou moins abaissé, mais se relève aisément, et avec crépitation, lorsqu'on cherche à réduire.



Fracture bimalléolaire basse, avec subluxation du pied en arrière : voyez figure 837.

FIG. 837. — Fracture bi-malléolaire basse, avec subluxation du pied en arrière.

Pratiquement, nous avons affaire, ici — ou à des luxations vraies, combinées le plus souvent à telle ou telle fracture, malléolaire ou sus-malléolaire, — ou bien, dans une seconde catégorie de faits, à des déplacements, à des glissements articulaires, *secondaires*. Ces



FIG. 838. — Fracture de Dupuytren.

derniers se réduisent aisément, « en crépitant »; les luxations sont *fixes*, et ne se réduisent que sous l'action d'un réel effort dirigé dans un certain sens.

Il y a là, dans cette réductibilité toute simple ou cette fixité, les éléments d'un diagnostic clinique initial, qui devra être complété naturellement par la radiographie.

B. Le pied est **fortement dévié en dehors**, et, à telle ou telle hauteur du cou-de-pied, **un angle se dessine, ouvert en dehors**. A quoi pouvez-vous avoir affaire?

A la **fracture de Dupuytren** (fig. 838) : déviation angulaire du péroné fracturé, à sinus externe (le traditionnel « coup de hache »); pied en valgus; relief de la malléole interne, qui distend la peau, amincie, violacée, rompue parfois; écartement des deux bords de la



FIG. 839. — Luxation sous-astragalienne en dedans. Vue externe.

mortaise et ballottement astragalien (voy. plus loin); et puis, toujours, chute du talon en arrière, qu'il faut connaître, rechercher, réduire. C'est la forme typique; il y a, comme nous le rappelions tout à l'heure, une fracture bimalléolaire basse, moins déviée, moins caractérisée à l'examen extérieur, mais qui n'en procède pas moins du même mécanisme, et doit être soumise à la même réduction.

A la **luxation tibio-tarsienne en dehors**, la luxation complète, l'astragale étant tout entier déplacé, — et reconnaissable — en dehors de la mortaise; le fragment déclive du péroné, refoulé loin en haut et en dehors et la peau tendue recouvrant seule la mortaise déshabillée.

C'est là, sous cette forme de luxation vraie, un accident relativement rare; — mais ce que vous verrez plus souvent, c'est la fracture en abduction, avec angulation externe et diastasis considérables, et « subluxation en dehors de l'astragale et du pied ». La réduction s'obtient sans peine, surtout si la résistance musculaire a été supprimée par l'anesthésie générale ou rachidienne; elle est toujours plus malaisée, lors de luxation vraie : « cela tient », le déplacement est « fixe ».

A la **luxation sous-astragalienne en dehors** : accident rare également ; déviation fixe. En dedans, ce n'est pas le bord interne de la mortaise tibiale, qui fait saillie ; non ; c'est la tête, arrondie, de l'astragale, que vous sentez.

C. C'est **en dedans**, en varus, **que le pied est infléchi**, en dedans que l'angle s'ouvre, pendant que la face externe du cou-de-pied figure un relief convexe.

Voyez figures 839 et 840.

Ici, la déformation était « fixe » ; elle résistait à toute tentative — exploratrice — de réduction ; elle ne fut réduite que sous l'anesthésie



FIG. 840. — Luxation sous-astragalienne en dedans. Vue interne.

générale, et par des manœuvres « de force ». C'était une **luxation sous-astragalienne en dedans** — sans fracture (fig. 841).

Signalons ici les **luxations isolées de l'astragale**, où l'on trouve l'os énucléé, tout entier, sur le dos du pied, en dehors ou en dedans (exceptionnellement en arrière au-devant du tendon d'Achille), et soulevant la peau en un relief très saillant, que l'on reconnaît au palper (fig. 842). — Il arrive encore que l'énucléation soit « à ciel ouvert ».

Vous pourrez voir — tout exceptionnellement — des **luxations tibio-tarsiennes en dedans**, presque toujours associées à des fractures malléolaires — mais qui gardent aussi le caractère essentiel de la luxation vraie, complète : la fixité.

Cette fixité est une donnée pratique des plus intéressantes. Bien entendu, vous ne définirez exactement ces traumatismes du pied que par un examen local, prolongé et minutieux, et par la radiographie ; mais il est utile, qu'à l'exploration première, un signe précis, la défor-

mation fixe, fasse penser à la luxation, ne fût-ce que pour prévenir les réductions « d'apparence », suivies d'immobilisation, que l'on observe quelquefois — et trop tard, pour que la remise en place du pied puisse être réalisée sans astragalectomie.

Notez bien que, dans les divers types de fractures dont nous allons parler et qui se présentent sous le même aspect : « pied en varus »,



FIG. 841. — Luxation sous-astragalienne en dedans. Radiographie.

l'astragale peut glisser en dedans, se subluxer, se luxer, en abandonnant tout contact avec la mortaise tibiale; mais ce sont les solutions de continuité et les déviations osseuses, qui commandent alors le déplacement articulaire; il se réduit avec la fracture.

Cherchez donc toujours, en présence d'une déformation « traumatique », telle que celle de la figure 839, à ramener le pied en dehors; insistez doucement, progressivement; si vous réussissez, — et, le plus souvent, en pareil cas, vous aurez senti de la crépitation — concluez à la fracture, et attachez-vous alors à en préciser le siège.

Vous aurez affaire, le plus souvent, à la fracture sus-malléolaire — ou encore à une fracture bimalléolaire basse — ou à une fracture par

éclatement et à fragments multiples de l'extrémité inférieure, renflée, du tibia, du « pilon tibial ».

D. Reste enfin une dernière « grande déformation » : **le pied** est incurvé en avant, **subluxé en avant; plus de saillie du talon**, plus de dépression sus-talonnaire : la **face postérieure de la jambe** est toute droite, **toute plate**, souvent même convexe en arrière dans la région du cou-de-pied.

Luxation sous-astragaliennne en avant : c'est une très grande rareté. Le plus souvent, il s'agira d'une fracture sus-malléolaire, (trait oblique en bas et en arrière; fracture avec ascension du talon) ou d'un éclatement du « pilon » tibial, d'une de ces fractures comminutives du segment articulaire déclive de la jambe.



FIG. 842. — Luxation isolée, énucléation, de l'astragale en avant et en dehors.

II. PAS DE DÉFORMATION APPARENTE NOTABLE

C'est la monnaie courante de l'observation journalière.

Regardez, là encore, avant de palper : vous relevez un « gonflement » plus ou moins localisé ou circonférentiel, plus ou moins étendu et saillant; et une ecchymose. Un « gonflement » volumineux, et surtout une ecchymose hâtive, une large bande ecchymotique rétro et sous-malléolaire, sont toujours des présomptions de fracture. — Mais il arrive souvent que vous ne trouviez rien, surtout lorsque votre examen suit de peu l'accident.

Explorez donc.

Cherchez **le point tibio-péronier** (fig. 843); il ne manque jamais, dans tous les traumatismes du pied.

Pendant que l'un de vos pouces reconnaît la pointe malléolaire externe, suivez, de l'autre, le bord antérieur de la malléole, de bas en haut; vous serez conduit tout naturellement à la jonction tibio-péronnière, sur le bord externe des tendons antérieurs, dans la fossette pré-malléolaire. Vous êtes sur l'article : appuyez, et vous provoquerez le point douloureux, qui signale l'*entorse tibio-péronnière*. Douleur et entorse peuvent être isolées ou combinées aux diverses formes d'entorses ou de fractures malléolaires; mais encore une fois, c'est l'article

tibio-péronier qui souffre le premier, dans tous les accidents de distension ou de distorsion mortaisiennes : si la pression (fig. 843) n'y réveille aucun point douloureux, vous n'en trouverez pas d'autre, suivant toute vraisemblance, au pourtour de la tibio-tarsienne, et c'est pour cela qu'il est utile de commencer par l'exploration tibio-péronière.

Rappelez-vous, du reste, que la douleur siège parfois en dehors de l'interligne tibio-péronier, sur le bord antérieur de la malléole péronière, et que même, par l'examen représenté ici vous pourrez provo-



FIG. 843. — Exploration du cou-de-pied. Le point tibio-péronier.

quer de la crépitation : *fracture marginale antérieure du péroné*, de Le Fort.

Cherchez maintenant les autres **points d'interligne**, les « points d'entorse », **au-dessous et autour des malléoles**, externe et interne. Interrogez, du reste, en même temps, *ligaments et malléoles*.

Voyez figure 844 : le pouce droit s'imprime au-dessous de la malléole externe, et palpe méthodiquement les attaches ligamenteuses, à ce niveau, en avant, en arrière ; puis il remonte sur la pointe malléolaire, sur la face externe de la malléole, en exerçant des pressions successives, en ligne ; pendant ce temps, les doigts maintiennent l'arrière-pied, la main gauche encadre le cou-de-pied à la base des malléoles, et vous êtes au mieux placé pour mobiliser d'un côté à l'autre, pour reconnaître un sillon, une fissure, un « point qui cède ».

En dedans, répétez la même manœuvre, une main encadrant la région supra-malléolaire, pendant que le pouce de l'autre main « comprime » au-dessous, en avant, en arrière, de la malléole interne, et sur la malléole, de bas en haut.

Si vous constatez une douleur nette, sous-malléolaire, en dehors, en dedans, ou des deux côtés, et que le palper ascendant des deux mal-



FIG. 844. — Exploration du cou-de-pied. Région malléolaire externe.

léoles soit indolent, vous pouvez conclure à la simple **entorse tibio-tarsienne**; toutefois, faites faire, si vous le pouvez, la radiographie;



FIG. 845. — Exploration du cou-de-pied. Le péroné.

vous aurez parfois la surprise d'un trait de fracture malléolaire, qui avait échappé à votre examen, en particulier, lors de grosse tuméfaction du cou-de-pied. L'erreur n'a guère d'importance, puisque le

traitement reste le même; pourtant un trait de fracture, même sans déplacement, expose toujours à une douleur locale prolongée, et, à



FIG. 846. — Exploration de l'extrémité supérieure du péroné.

la suite d'un accident du travail, vaut toujours d'être signalé. — D'autre part, si vous êtes en mesure de recourir tout de suite à l'examen radio-



FIG. 847. — Recherche du ballonnement astragalien.

graphique, il est bien inutile et contre-indiqué de « s'acharner », comme je l'ai vu faire, à la recherche de la douleur locale, et de faire souffrir, sans le moindre bénéfice.

A cette première exploration, par pressions successives ascendantes, il convient d'associer, quand les résultats sont imprécis, le procédé suivant :

Fig. 843 : saisissez le péroné, entre le pouce et l'index des deux mains, et cherchez à mobiliser, d'avant en arrière et d'arrière en avant; vous réveillerez de la douleur locale, s'il y a fracture, et vous provoquerez parfois quelque déplacement, et un peu de crépitation. — Faites de même pour l'extrémité déclive du tibia; et, si vous avez bien repéré les deux bords, antérieur et postérieur, et que vous les ayez bien en main, vous pouvez aussi vous rendre compte de la solution de continuité osseuse.

Ne manquez jamais d'explorer l'os, tibia ou péroné, au-dessus de la région malléolaire, très haut, jusqu'au genou : vous ferez parfois des découvertes, sur le tibia également (fracture diaphysaire, fracture sous-condylienne, sans déplacement, combinées à une lésion tibio-tarsienne).

Mais c'est **au péroné** que cette **recherche haute** est surtout indiquée.

Voyez la figure 846; un de vos pouces « appuie » à l'extrémité supérieure du péroné; l'autre, à la base de la malléole : s'il y a fracture, par la pression alternative des deux pouces, vous obtiendrez souvent douleur locale, mobilité et crépitation.

Explorez surtout le tiers supérieur de l'os, le col, la tête; vous y relèverez parfois une douleur locale nette, une encoche, une zone dépressible, un heurt fragmentaire saillant. Il ne s'agit plus de la lésion péronière isolée, de cause directe; la fracture haute se combine à un traumatisme tibio-tarsien, caractérisé, d'ordinaire, par une fracture de la malléole interne, et un diastasis tibio-péronier. C'est la « fracture de Maisonneuve ».



FIG. 848. — Diastasis tibio-péronier, fracture de la malléole externe.

Le **diastasis tibio-péronier** : il se traduit par le **ballotement astrag-**

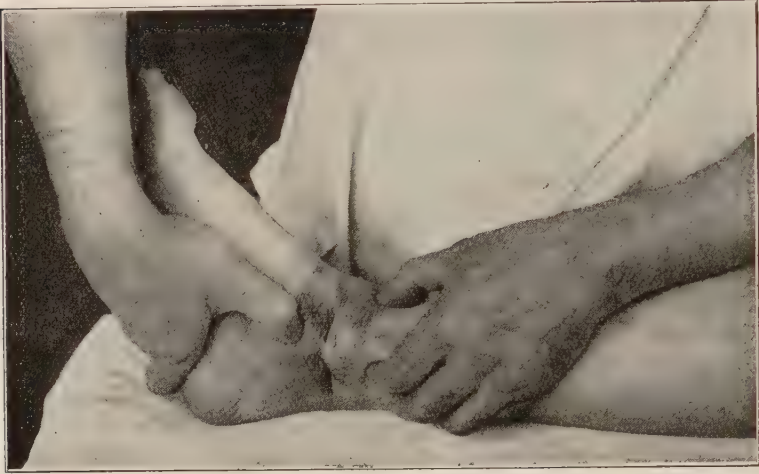


FIG. 849. — Recherche de la consolidation définitive (fracture sus-malléolaire, compliquée, cicatrisée). Exploration directe du tibia.

galien, qu'il faut rechercher, et savoir rechercher, dans tous les accidents du cou-de-pied, que nous étudions.

Fixez d'une main le bas de la jambe (fig. 847); encadrez fortement



FIG. 860. — Id. — Recherche des mouvements de latéralité.

l'arrière-pied; mettez le pied à angle droit, en le refoulant vers la jambe; et, alors seulement, cherchez à le déplacer en masse, transversalement; si les malléoles sont écartées (fig. 848), il « joue » d'un côté à l'autre et l'astragale vient heurter les bords latéraux de la mortaise.

Enfin, n'oubliez jamais d'examiner comparativement les deux pieds : *de côté*, tous deux reposant, *horizontalement*, sur le plan du lit; vous reconnaîtrez alors si le talon tombe, ne fût-ce que peu; — *par les plantes*, les pieds symétriquement placés et leurs bords internes accolés : vous vous rendrez compte alors des déviations latérales, même minimales. Et ces précisions ont leur importance, parce qu'à les bien connaître, on réduit mieux.

Restent deux éventualités cliniques, où l'exploration, à la vue et à la main, trouve à s'exercer :

1° **La fracture malléolaire ou sus-malléolaire est-elle consolidée, et le cal définitivement constitué?**

C'est là une question qui se présente assez souvent, après les trau-

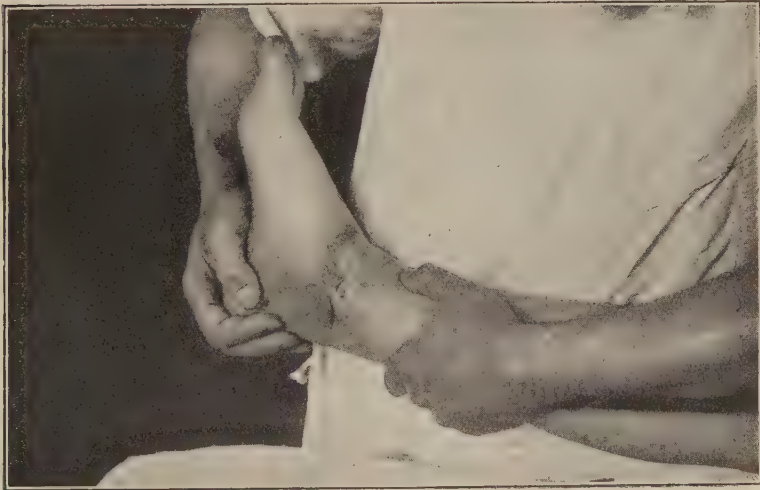


FIG. 851. — *Id.* — Recherche des mouvements d'arrière en avant.

matismes du cou-de-pied, et surtout après les fractures compliquées : et la réponse ne peut être ferme, que si elle se base sur certaines manœuvres précises d'exploration.

Voyez figures 849, 850, 851; fracture sus-malléolaire compliquée, cicatrisée : est-elle solide ?

Explorez, comme figure 849, le foyer tibial, en cherchant à déprimer les deux fragments, à les déplacer l'un sur l'autre ;

Fixez le bas de la jambe, empaumez l'arrière-pied, et cherchez à le porter en dehors (fig. 850) ;

Soulevez le bas de la jambe, d'une main ; encadrez le talon, de l'autre main, et cherchez à le relever (fig. 851). Dans l'un ou l'autre de ces trois temps, vous percevrez la mobilité, si elle persiste.

2° **Fracture ancienne** — souvent peu ancienne — mal consolidée : à quel type de fracture a-t-on eu affaire? Voyez figure 852 : fracture sus-malléolaire avec déviation en valgus;



FIG. 852. — Fracture sus-malléolaire ancienne : déviation en valgus.

Fig. 853 : fracture sus-malléolaire, avec chute du talon;

Fig. 854 : fracture bimalléolaire, avec inflexion externe, et saillie de la malléole interne (Dupuytren);

Fig. 855 : fracture bimalléolaire, avec large écartement des malléoles et hyperostose. — Bien d'autres types seraient à reproduire.

Pratiquement, que votre exploration porte sur deux points capitaux : la **statique du cou-de-pied et du pied** (axe de la jambe; horizontalité de la plante);

la **mobilité articulaire**, et cette dernière condition prime tout.



FIG. 853. — Fracture sus-malléolaire ancienne : chute du talon.

Vous verrez des jambes déformées, et des sujets qui marchent bien : pourquoi? parce que les articulations et les muscles sont restés indem-

nes, ou se sont intégralement restaurés, et que la compensation fonctionnelle s'est établie. [Explorez donc toujours avec grand soin la mobi-

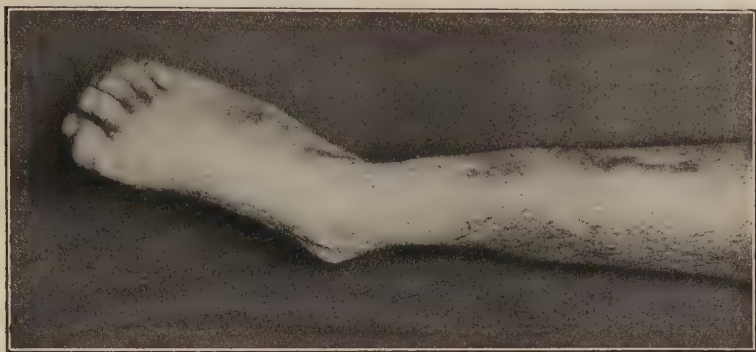


FIG. 854. — Fracture bi-malléolaire ancienne : inflexion externe; saillie de la malléole interne.

lité de la tibio-tarsienne, de la médio-tarsienne, du pied; explorez aussi les muscles, leur volume, leur contractilité, et n'évaluez la perte fonctionnelle qu'après ce double examen complémentaire.

TRAUMATISMES DU PIED

Il arrivera que vous ne constatiez rien à la tibio-tarsienne, aux malléoles, à la jambe; cherchez plus bas, à l'**ARRIÈRE-PIED, DANS LE TARSE**: vous y trouverez de même **ENTORSES** et **FRACTURES**.



FIG. 855. — Fracture bi-malléolaire ancienne : large écartement des malléoles, hyperostose.

Entorse médio-tarsienne; elle est loin d'être rare. Il faut savoir repérer les deux interlignes, interne et externe.

En dedans, suivez, d'avant en arrière, le bord interne du pied; vous serez arrêté, à sa partie moyenne, par la tubérosité du scaphoïde : c'est immédiatement en arrière que siège l'interligne médio-tarsien, et c'est là que vous provoquerez une douleur locale aiguë, dans l'entorse (fig. 856); — en dehors, pressez à un doigt derrière l'apophyse du 5^e métatarsien (fig. 857): là encore, vous serez sur l'interligne, et vous aurez de la douleur.

Il y a d'autres entorses, au tarse et au niveau de l'interligne tarso-métatarsien, entorses peu décrites, mal « personnifiées », mais qui n'en existent pas moins, et qui donnent la raison de douleurs et de gênes fonctionnelles, parfois fort tenaces. Aussi est-il de bonne pratique,

après les traumatismes, qui n'ont pas laissé de traces à la tibio-tarsienne



FIG. 856. — Entorse médio-tarsienne : pression à l'interligne interne, en arrière de la tubérosité du scaphoïde.

ni à la médio-tarsienne, d'explorer systématiquement les bords interne et externe du pied, comme le représentent les figures 857 et 861.

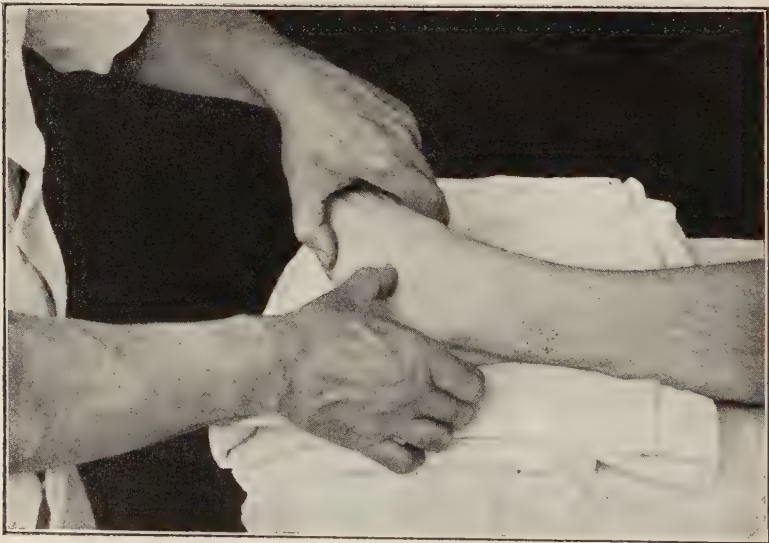


FIG. 857. — Entorse médio-tarsienne. Pression à l'interligne externe, à un doigt derrière l'apophyse du 5° métatarsien.

Il y a aussi des **fractures**, à l'**arrière-pied**.

A. Des **fractures du calcanéum**. — Elles sont d'une réelle fréquence,

non point les fractures par arrachement, mais les fractures par écrasement.

Dans la **fracture par arrachement**, un coin osseux, à sommet déclive, se détache de la face postérieure de l'os, et se relève sous l'action du triceps : il fait relief sous la peau, en arrière; on le reconnaît sans trop de peine; on l'abaisse et le réduit, plus ou moins, en fléchissant le genou, pour détendre le triceps.

Elle ne devra pas être confondue — et le fragment osseux déplacé rendrait, du reste, la confusion peu explicable — avec la *rupture du*



FIG. 858. — Exploration du calcanéum : pression transversale sous-malléolaire.

tendon d'Achille, accident exceptionnel, du reste; dont je n'ai vu que deux exemples, et qui se caractérise par une dépression, une rigole transversale profonde, sus-calcaneenne, dont les bords s'écartent, quand la jambe est étendue et que le pied se relève.

Lors de **fracture par écrasement** — le type commun — le talon est aplati, élargi, les malléoles (l'interne, le plus souvent) abaissées et rapprochées des bords plantaires, la plante un peu tournée en valgus. Ces déformations sont, du reste, plus ou moins apparentes, suivant le degré d'affaissement du calcanéum; on ne les reconnaît bien, que par l'examen — symétrique — des deux pieds « en arrière », le sujet à genoux sur le lit.

Mais les deux procédés d'exploration directe, que voici, seront toujours particulièrement recommandables :

Fig. 858 : *pression transversale sous-malléolaire*. — Soulevez et maintenez le cou-de-pied, d'une main; de l'autre, entre les doigts et le pouce, saisissez le calcanéum, en affaissant, s'il y a lieu, la nappe d'œdème et d'infiltration sanguine : vous serez bien placé, pour

apprécier l'élargissement, le tassement du talon, l'abaissement de la malléole interne; et surtout, vous provoquerez une douleur aiguë, caractéristique, lors de fracture;

Fig. 859 : *pression transversale*, d'une main; *pression verticale, sous-talonnaire*, de l'autre.

La fracture calcanéenne est parfois bilatérale (chute sur les deux pieds, etc.).

B. Des **fractures de l'astragale**. — La détermination des divers types est affaire de radiographie; nous ne pouvons, par l'exploration



FIG. 859. — Exploration du calcanéum : pression transversale, et pression verticale, sous-talonnaire.

directe, que dégager certains signes de probabilité plus ou moins grande.

Le pied est, d'ordinaire, en varus; la malléole externe proéminente, le bord interne incurvé et raccourci.

C'est par la pression transversale, au niveau des fossettes pré-malléolaires, qu'on peut palper l'astragale (ou, du moins, la tête et le col), surtout si le pied est porté en extension (fig. 860); c'est *au-devant de la malléole externe*, au point, où s'imprime le pouce, qu'on pénètre dans l'espace calcanéo-astagalien, sur la tête, sur le col de l'astragale, et qu'on peut le mieux explorer douleur locale et déformations osseuses.

D'ordinaire, gardez-vous de conclure; vous avez recueilli des données, qui vous autorisent à prévoir une fracture de l'astragale; n'insistez pas davantage; c'est la radiographie qui, seule, conclura.

C. Il en sera de même pour les autres fractures localisées du tarse, *tubérosité du scaphoïde, cuboïde, cunéiformes*. Ne manquez pas, tou-



FIG. 860. — Exploration de l'astragale, au-devant de la malléole externe, dans le creux calcanéo-astragalien.

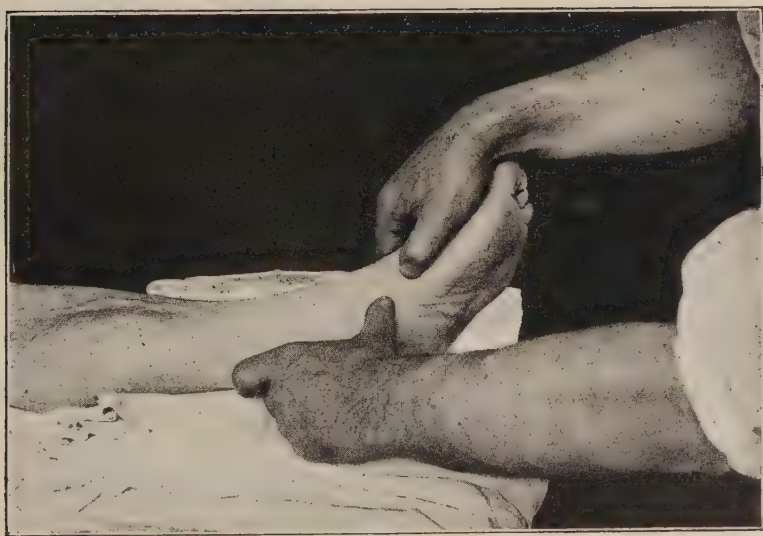


FIG. 861. — Exploration du bord interne du tarse, aux deux pouces, qui se suivent d'avant en arrière (Ici, le pouce droit repère la base du 1^{er} métatarsien; le pouce gauche, la tubérosité du scaphoïde; entre les deux pouces, le 1^{er} cunéiforme).

tefois, de l'explorer sur ses deux bords (voy. fig. 837 et 861), le tarse, et sur sa face dorsale : un point ou un trait douloureux, une rainure,

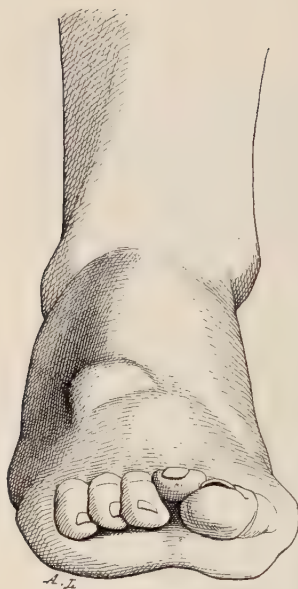


FIG. 862. — Luxation dorsale des quatre derniers métatarsiens : le relief du pied.

d'ordinaire, mais en haut et en dehors, en haut et en dedans.

Le fait est à noter pour la réduction, qui devra se faire alors par impulsion oblique, dans le bon sens. Cette réduction n'est point, du reste, en général, d'une difficulté particulière, s'il n'y a pas de fracture combinée; ce qui est plus difficile, c'est de la maintenir.

Aux orteils, vous verrez encore — et plus souvent — des luxations :

Luxation dorsale du gros orteil (fig. 864),

une dépression crépitante, vous fourniront parfois un premier et utile renseignement.

A L'AVANT-PIED, vous observerez des luxations, rares; — des fractures (fractures des métatarsiens et des orteils), fréquentes.

Voyez figure 862; luxation dorsale des quatre derniers métatarsiens; un relief saillant, « fixe », se dessinait au dos du pied; la radiographie fut confirmative (fig. 863). — On peut voir les cinq métatarsiens, luxés, de la sorte, sur le dos du pied, ou la luxation ne porter que sur une ou deux des bases métatarsiennes, en particulier sur le 1^{er} métatarsien. — Le déplacement ne se produit pas directement en haut,



FIG. 863. — Luxation dorsale des quatre derniers métatarsiens (radiographie). Luxation métatarso-phalangienne du gros orteil, en dehors.

analogue à la luxation métacarpo-phalangienne du pouce; pour la réduire, on commence, là encore, par exagérer la déviation dorsale, pour reporter ensuite l'orteil, en masse, d'arrière en avant (fig. 865).



FIG. 864. — Luxation dorsale du gros orteil.

— De semblables luxations dorsales pourront siéger aux quatre autres articulations métatarso-phalangiennes.

Il y a aussi des luxations en avant, plantaires, des luxations latérales, que je me contente de signaler.

Luxations interphalangiennes, dorsales, le plus souvent, avec



FIG. 865. — Luxation dorsale du gros orteil : réduction.

relief, saillant en haut, de la phalange luxée, que l'on repère comme figure 866.

Il y a des *fractures para-articulaires*, qui chevauchent en haut, et



FIG. 866. — Luxation dorsale de la phalangette du gros orteil.



FIG. 867. — Exploration d'une fracture métatarsienne : pression dans l'axe.

résemblent à des luxations; elles sont à réduire, elles aussi, par impulsion dorsale.

Quant aux **fractures des métatarsiens**, on les reconnaît en pressant dans l'axe, comme figure 867 : l'ecchymose interosseuse longitudinale, signalée par Thiéry, est encore un bon signe.

Les fractures peuvent être localisées à un seul métatarsien, transversales, sans déplacement; elles peuvent être multiples (fig. 868), comminutives, et vous verrez parfois de véritables « fracas » du métatarse.

AFFECTIONS AIGÜES DU COU-DE-PIED ET DU PIED

Je ne parle pas des furoncles, des lymphangites locales, etc. Mais voici autre chose.

Le cou-de-pied, avec l'arrière-pied et le bas de la jambe, est le siège d'une tuméfaction circonscrite, plus ou moins épaisse, rosée, rouge, ou d'un blanc jaunâtre, et semée de phlyctènes, parfois; la douleur est aiguë : le moindre contact, les mouvements la réveillent; il y a de la fièvre, une fièvre élevée, souvent, et à grandes oscillations; les accidents datent de peu de jours, ils ont débuté brusquement. A quoi pouvons-nous avoir affaire?

Songez toujours à la *lymphangite œdémateuse*, la lymphangite avec peu de rougeur et beaucoup d'œdème, telle qu'on la rencontre à la face, à la main, au pied, et qui serait consécutive à une érosion infectée, plus ou moins masquée, du pied ou des orteils. J'ai vu, maintes fois, des « inflammations aiguës » du cou-de-pied, qu'on avait étiquetées, « sur la mine », arthrites ou synovites blennorragiques, arthrites ou synovites infectieuses, et qui, sous le pansement humide, tournaient court, au bout de quelques jours, disparaissaient, en ne laissant ni œdème, ni douleur, ni gêne.



FIG. 868. — Fractures des quatre premiers métatarsiens, à leur extrémité antérieure.

Cherchez donc tout de suite — instinctivement, si je puis dire — la « porte d'entrée » superficielle, en explorant l'avant-pied, les orteils, les espaces interdigitaux, le pourtour des ongles, et en vous informant; — palpez les ganglions cruraux; — appréciez la coloration cutanée et voyez si des traînées rouges ou rosées ne se détachent pas de la zone tuméfiée; — et surtout, **EXAMINEZ L'ARTICULATION ET LES GAINES.**

Très doucement, sans heurt, empaumez l'arrière-pied; de l'autre main, fixez le bas de jambe, et refoulez de bas en haut, *dans l'axe*;



FIG. 869 — Face externe du cou-de-pied et du pied, en contraction.
Fossette pré-malléolaire externe.

si vous provoquez une *douleur vive*, n'insistez pas : **arthrite**. Complétez toutefois l'examen, en recherchant les douleurs « d'interligne », en dessous et en arrière des malléoles, et surtout dans les **fossettes pré-malléolaires** (fig. 869 et 870) : imprimez le bout de l'index ou du pouce dans ces fossettes, sur le bord interne et le bord externe du paquet tendineux antérieur, et vous les sentirez le plus souvent, œdématisées, tendues, fluctuantes même. — C'est là qu'il faudra faire la ponction capillaire exploratrice — et inciser, pour l'arthrotomie.

Les gaines sont à explorer en avant, le long du jambier antérieur et des extenseurs; en arrière et au-dessous des deux malléoles. A leur niveau, la douleur n'est pas localisée, en tel ou tel point, mais elle

s'étend au long de leur trajet, et, le plus souvent, vous constatez également une tuméfaction, une voussure ascendante.

Il ne s'agit donc plus de lymphangite superficielle : **arthrites ou synovites aiguës.**

Quelle en est la nature, et à quelle origine les rapporter?

Rhumatisme : il est rare que vous ne releviez pas, d'emblée ou dans les jours qui suivent, d'autres localisations articulaires, ou



FIG. 870. — Face interne du cou-de-pied et du pied, en contraction.
Fossette pré-malléolaire interne.

que d'autres crises antérieures, bien caractérisées, ne puissent être retrouvées.

Gonococcie : arthrites, arthro-synovites gonococciques. C'est l'hypothèse qui doit toujours être soulevée la première ; notez l'acuité de la douleur, l'infiltration périarticulaire diffuse, la teinte rougeâtre continue, et, tout de suite, examinez l'urètre, la vulve et le vagin, et cherchez le gonocoque.

N'oubliez pas, cette fois encore, les synovites, ou arthro-synovites tuberculeuses aiguës, en poussée, chez les jeunes sujets.

Enfin, dans ces arthrites aiguës, une place est toujours à réserver aux infections secondaires, tardives parfois, pneumococciques, staphylo-

cocciques, streptococciques, dont le point d'entrée et la localisation première — médicale — sont souvent mal définis, estompés, imprécis.

J'en ai vu de terribles exemples, celui-ci, en particulier, le dernier : une jeune femme est soignée, dans un service de médecine, pour une arthrite du cou-de-pied gauche, de nature suspecte, discutable et discutée; une ponction est faite au niveau de la fossette prémalléolaire externe, distendue; le liquide, trouble, examiné : staphylocoques. On « vaccine », sans résultat. Finalement, l'état local et général s'aggrave; l'arthrotomie est pratiquée : elle ramène du pus. Les accidents ne rétrocedent pas; et, en dépit d'une résection tibio-tarsienne, ultérieure, la septicémie progresse, et devient mortelle.

Je répète qu'il faut craindre ces **arthrites aiguës suspectes**; qu'il ne faut pas s'en remettre à l'expectation, plus ou moins masquée, pour juger de leur nature et de leurs dangers; que l'examen du liquide, prélevé par ponction capillaire dans l'une des poches prémalléolaires, doit être pratiqué de très bonne heure, et que, s'il y a lieu, l'arthrotomie doit être précoce, avant que les signes de suppuration articulaire ne soient évidents. Ces signes de certitude clinique — souvent trop tardive — ce seront les suivants : tuméfaction rouge, diffuse, du cou-de-pied; « œdème »; bosselures fluctuantes (abcès) au-devant des malléoles; douleurs aiguës et croissantes; température élevée, à grandes oscillations.

Chez les jeunes sujets, il faut penser encore à l'**ostéomyélite déclive du tibia**, qui peut, à première vue, revêtir l'aspect de l'arthrite tibio-tarsienne, ou se combiner avec elle, comme nous le rappelions au *Genou* (voy. p. 649). C'est l'examen systématique des os, du tibia et du péroné, complétant celui de l'articulation et des gaines, qui révèle la *douleur diaphyso-épiphyssaire*, et permet de faire le diagnostic exact.

Un garçon de quinze ans et demi nous est envoyé pour une « arthrite suppurée » tibio-tarsienne; fièvre, douleur, mauvais état général; grosse collection fluctuante, en avant et en dedans du cou-de-pied; rougeur circonscrite de la peau, œdème, etc. Mais le palper accuse une douleur nette, *à la base de la malléole interne*; rien à la pointe, au niveau de l'interligne; rien au péroné. On conclut à l'*ostéomyélite*, et l'intervention confirme cette interprétation : ostéomyélite de l'extrémité tibiale inférieure, article tibio-tarsien indemne.

AFFECTIONS CHRONIQUES DU COU-DE-PIED ET DU PIED

Vous verrez, **AU COU-DE-PIED**, des **arthro-synovites chroniques, traumatiques**, consécutives aux entorses, aux fractures, aux hémarthroses, etc. : jointure enraidie, gaines synoviales épaissies, noueuses parfois, dans lesquelles ne jouent plus librement les tendons.

Vous y verrez des **synovites sèches, crépitantes**, au niveau des péroniers latéraux, en particulier.

Vous y verrez des **arthrites sèches**, qui crépitent et craquent aussi, aux mouvements, et qui ne cèdent jamais.

Vous y verrez même des **arthrites déformantes**, avec hypertrophie et prolifération irrégulière des extrémités osseuses, hydarthrose, corps étrangers.

Mais ce que vous verrez surtout, ce sont les **synovites tuberculeuses** et l'**ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne**.

Il y a des **synovites tuberculeuses** isolées, sans lésions articulaires:

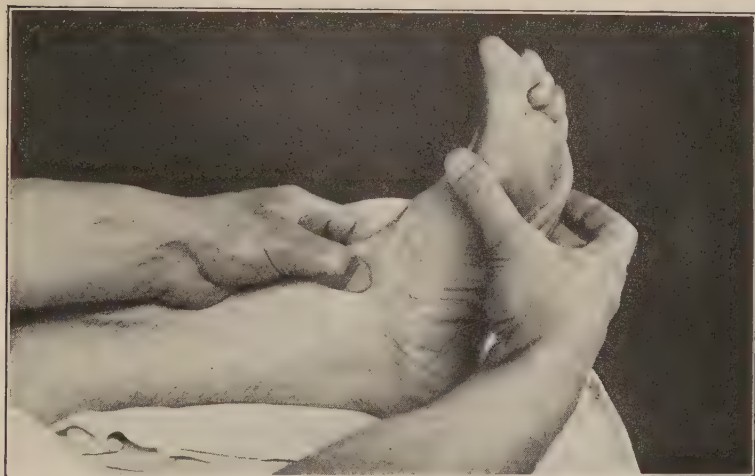


FIG. 871. — Ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne. Exploration de la face antérieure de l'articulation et des gaines.

synovites séreuses, fongueuses, à grains riziformes, abcédées et fistuleuses quelquefois. Elles siègent au-devant du cou-de-pied; au niveau des péroniers latéraux, souvent; dans les gaines internes, où le palper en est beaucoup plus malaisé.

Elles s'accusent, d'ordinaire, par une *voussure allongée*, plus ou moins volumineuse, fluctuante, fongueuse, crépitante, *qui suit les tendons*; il arrive que la voussure soit localisée à un segment de la gaine, qu'elle « fasse bosse », et qu'elle prenne figure de kyste ou d'abcès froid. Son siège précis le long d'un groupe tendineux, et les variations de forme et d'aspect qu'elle présente, d'ordinaire, lorsque ces tendons se contractent, permettent d'en préciser l'origine. Quant à l'article, il est libre et indolent, et les procédés d'exploration, plus haut indiqués, en témoignent.

Mais, dans les synovites tuberculeuses anciennes, l'articulation « se prend »; et d'autre part, lors d'ostéo-arthrite tuberculeuse primitive, la propagation aux gaines se fait plus ou moins vite. Il faut tenir compte de ces données, dans l'examen de la **tumeur blanche tibio-tarsienne**.

Vous trouverez alors une nappe fongueuse, non seulement en avant, soulevant et enveloppant les tendons (fig. 871), mais, de chaque côté, *au-devant des malléoles, au-dessous des malléoles*, et en arrière, remplissant les dépressions, situées *sur les bords et en avant du tendon d'Achille*.



FIG. 872. — Hygroma tuberculeux sus-calcaneén.

Signalons, à ce propos, l'**hygroma tuberculeux sus-calcaneén** (fig. 872) qui peut être isolé, — coexister avec la tumeur blanche, — ou procéder d'une *ostéite tuberculeuse du calcaneum*, sans lésion articulaire. Il y a lieu de ne pas oublier cette dernière hypothèse, en présence d'une tuméfaction postérieure prétendineuse, analogue à celle qui est représentée ici.

Dans les formes avancées de la tumeur blanche tibio-tarsienne, vous pourrez trouver des **abcès** aux divers points plus haut signalés, des abcès qui s'ouvrent ultérieurement et se fistulisent; mais je ne veux pas insister sur ces tuberculoses en bloc, abcédées, fistuleuses, ulcérées, du cou-de-pied, dont le diagnostic s'impose — avec une arrière-pensée, toutefois, dans certains cas, pour l'ostéomyélite ou la syphilis (voy. *Genou*).

Quel que soit le degré d'évolution, il faut toujours **examiner le tarse** : et cette exploration est particulièrement importante dans les formes « jeunes », qui pourraient prêter encore à une intervention locale. Explorez donc le tarse sur la face dorsale, et sur les bords; cherchez les points douloureux articulaires, par la pression directe et par les mouvements imprimés au pied : douleur astragalo-calcaneenne, provoquée par l'adduction et l'abduction; douleur médio-tarsienne, par la rotation sur l'axe antéro-postérieur; douleur tarso-métatarsienne, par le relèvement des métatarsiens (fig. 873).

Bien entendu, votre examen portera en même temps sur les articulations et sur les os; et, pour les os, en dehors de la pression locale, directe, la pression transversale (voy. fig. 878) sera toujours utile à

pratiquer. Enfin, je n'ai pas besoin de dire que la radiographie est un complément d'enquête nécessaire.

AU PIED, vous observerez aussi des ostéoarthrites tuberculeuses,

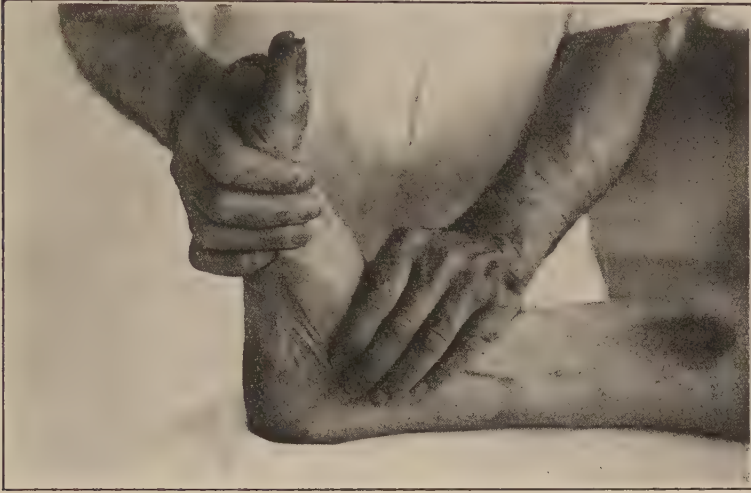


FIG. 873. — Ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne. Exploration du tarse : douleur tarso-métatarsienne, par le relèvement des métatarsiens.



FIG. 874. — Tuberculose du 1^{er} métatarsien droit, avec abcès.

des ostéites tuberculeuses, des ostéomyélites chroniques, et le diagnostic exigera une exploration précise, si l'on veut en tirer des indications opératoires.

Voyez fig. 874 cette « bosse » saillante, à la face dorsale du 1^{er} métatarsien: tout le bord interne du pied est épaissi, engainé d'œdème dur;

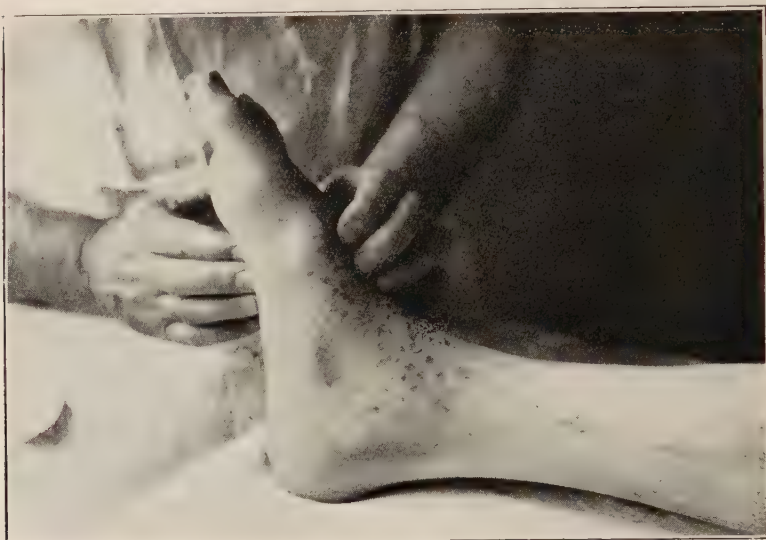


FIG. 875. — Tuberculose du 1^{er} métatarsien. Exploration, à bout de doigts, des deux faces du métatarsien.

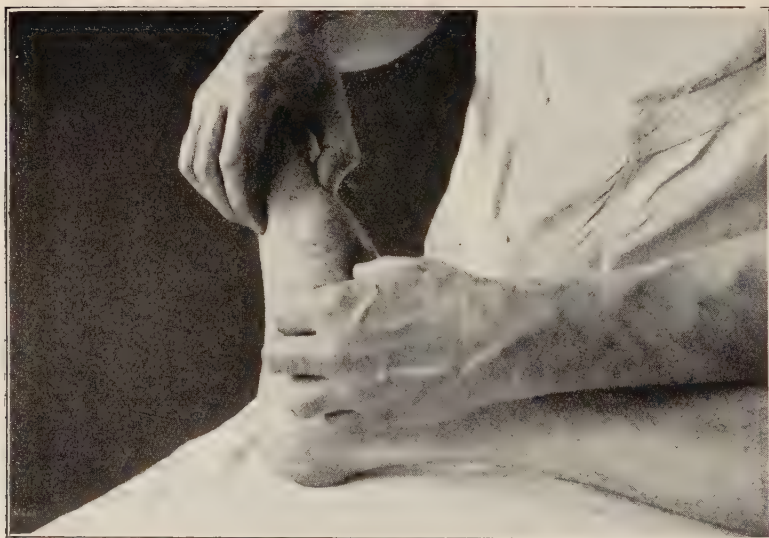


FIG. 876. — Tuberculose du 1^{er} métatarsien. Exploration du métatarsien, d'avant en arrière, et de l'articulation cunéo-métatarsienne.

la bosselure dorsale est molle à sa base, fluctuante superficiellement.
Osléite tuberculeuse du 1^{er} métatarsien avec abcès; oui; mais jusqu'où

la lésion s'étend-elle en dehors, en arrière? Le premier espace est-il libre, et le second métatarsien indemne? L'articulation tarso-



FIG. 877. — Tuberculose du 1^{er} métatarsien. Essais de mobilisation. — Exploration du bord interne du tarse.

métatarsienne est-elle « prise », et, l'est-elle, jusqu'où se prolonge, dans le tarse, la propagation tuberculeuse?



FIG. 878. — Exploration de l'interligne tarso-métatarsien et du tarse par pression transversale. Ostéite tuberculeuse de la base des 2^e et 3^e métatarsiens, avec abcès.

Avec les doigts des deux mains, infléchis (fig. 875), palpez, d'avant en arrière, les faces dorsale et plantaire du métatarsien : à bout de



FIG. 879. — Pied tabétique : déformation et lésions limitées à la région tarso-métatarsienne.

chir, puis de redresser le métatarsien (fig. 877) ; se mobilise-t-il anormalement, avec des frottements, des « crissements » osseux ? — Achevez d'explorer le côté interne du tarse, en remontant.

La méthode d'examen sera la même pour le 5^e métatarsien, pour les autres métatarsiens. C'est en arrière qu'il faut toujours explorer avec insistance, pour déceler l'invasion ascendante, dans

doigt, vous l'appréciez mieux que par toute autre manœuvre, l'épaississement périphérique, les points douloureux, les ilots ramollis, fongueux, fluctuants.

Cherchez (fig. 876) jusqu'où l'infiltration se prolonge en arrière, et si l'articulation cunéo-métatarsienne est tuméfiée et douloureuse.

Essayez d'inflé-



FIG. 880. — Hallux valgus.

ces tuberculoses de l'avant-pied; l'évolution descendante, dans la tumeur blanche tibio-tarsienne. La compression transversale, d'un bord à l'autre (fig. 878), dont nous parlions plus haut, peut alors rendre des services.

Je rappelle seulement les ostéo-arthrites tuberculeuses *métatarso-phalangiennes* et *phalangiennes*.

Vous pouvez voir, au pied, d'autres types d'**ostéo-arthrites chro-**



FIG. 881. — *Hallux valgus invétéré.*

niques, tels que le **pied tabétique**, représenté figure 879; le cou-de-pied était indemne; tout était localisé à la région tarso-métatarsienne.

Quant à l'**hallux valgus** (fig. 880 et 881), il procède, en réalité, d'une arthrite déformante métatarso-phalangienne.

Je signalerai encore l'*orteil en marteau*, très souvent bilatéral et symétrique.

ULCÉRATIONS ET FISTULES DU PIED

Leur siège et leur aspect sont parfois caractéristiques. Ainsi en est-il du **mal perforant** (fig. 882): ulcération « à pic », de bord épais, corné, de fond noirâtre, développée à la tête du 1^{er} métatarsien, plus

rarement du 5^e, ou encore à la face plantaire du gros orteil — très souvent bilatérale.

Il faut rechercher les signes du tabes, mais il faut explorer également la perte de substance : le stylet, glissé sous le bord saillant,

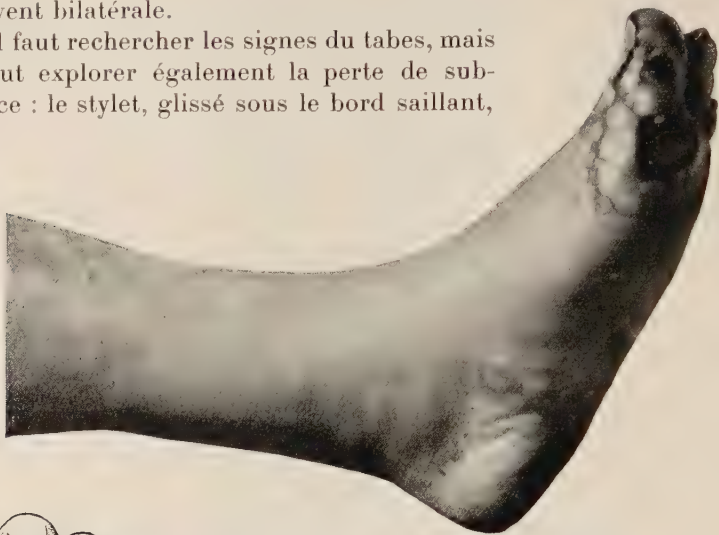


FIG. 882. — *Mal perforant*. Ici, il y avait deux ulcérations, l'une à la tête du 1^{er} métatarsien, l'autre à la face plantaire du gros orteil.



FIG. 883. — Nodules de *lymphangite tuberculeuse* du dos du pied; *nodule ulcéré* à la base du 2^e orteil.

pénètre loin parfois, jusqu'à l'article métatarso-phalangien, ouvert et suppuré. Il y a des formes extensives, infectées, graves, du mal perforant, qui peuvent commander une amputation de l'avant-pied; j'ai dû intervenir deux fois, dans ces conditions, pour couper court à des accidents septiques menaçants.

Notez que ce mal perforant ne ressemble nullement aux ulcérations trophiques du pied ou des orteils, consécutives aux plaies des nerfs et aux névrites : ulcérations plates, de bord aminci, érodé, rougeâtre.

Voyez figure 883 : nodules de **lymphangite tuberculeuse**; à la base du deuxième orteil, **ulcération nodulaire**, qui ne plonge pas, non plus, au delà du plan sous-cutané. Examinez la jambe, la cuisse, l'aîne : souvent, en pareil cas, vous verrez d'autres nodules, « discrets » ou en série, à la face interne du membre, et, qu'ils existent ou non, vous trouverez, d'ordinaire, de gros ganglions inguino-cruraux.

Ailleurs, vous pourrez rencontrer une ou plusieurs **ulcérations tuberculeuses**, cutanées, superficielles, associées presque toujours à une adénopathie inguino-crurale, qui contribue à en spécifier la nature : ulcérations de bord irrégulier, frangé, rougeâtre; planes ou presque planes; de surface granuleuse, jaunâtre par places, qui ne bourgeonne pas et qui suinte peu.

Il faut se souvenir que ces ulcérations cutanées ont succédé parfois

— souvent même — (comme nous le disions plus haut, voy. *Jambe*), à l'inoculation de la peau, autour d'un orifice fistuleux; vous la rechercherez toujours, cette fistule, et par l'exploration au stylet de la surface ulcérée et de ses bords, et par le palper profond.

Le trajet pourra conduire à un hygroma tuberculeux fistulisé, tel que l'hygroma sous-calcanéen, représenté fig. 884; plus souvent, il vous conduira à une articulation ou à un foyer localisé d'ostéite tuberculeuse.

Bien entendu, il convient, là encore, de penser à la syphilis, et de procéder, en règle, ou, du moins, s'il reste moindre doute, aux recherches nécessaires.

Je signalerai de plus, l'**onyxis syphilitique**; la figure 885 reproduit un type, des plus nets, d'onyxis syphilitiques multiples.

Et c'est ici qu'il faut rappeler l'**ongle incarné**, qui lui, n'a d'ordinaire, rien de syphilitique dans ses origines, mais qui, pourtant, doit être tenu parfois pour « suspect ».

Vous verrez enfin des ulcérations **épithéliomateuses**, du dos du pied, du talon, de la plante. Regardez cet épithélioma du talon droit

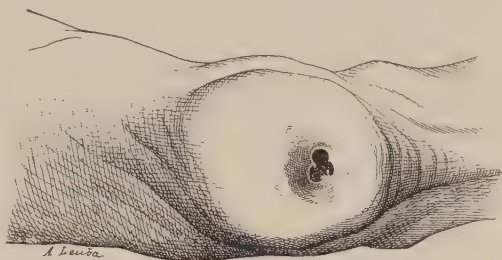


FIG. 884. — Hygroma tuberculeux sous-calcanéen, fistulisé.



FIG. 885. — Onychis syphilitiques multiples.

(fig. 886); on dirait, à première vue, qu'il s'agit d'une eschare talonnière; mais non, l'ulcération est à base indurée, la surface en est

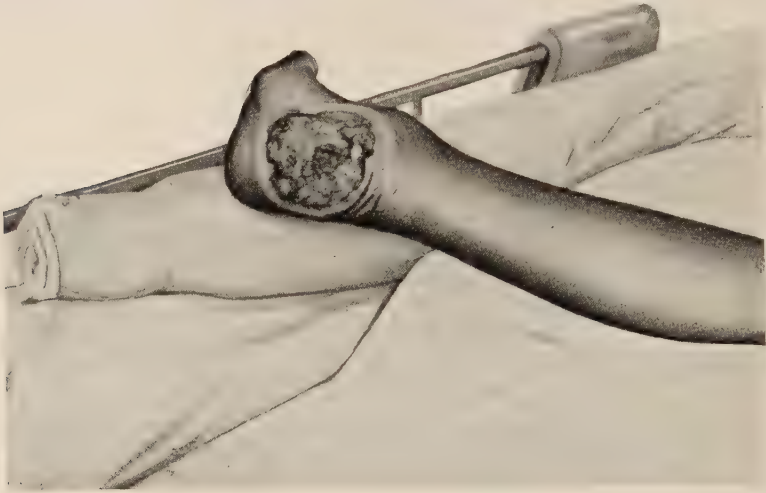


FIG. 886. — Épithélioma du talon.

bosselée, ferme, et saigne au moindre frottement. Cette fois encore, allez tout de suite aux ganglions.

TUMEURS DU PIED

Il y a, au pied, des **tumeurs d'origine cutanée ou sous-cutanée**, qui, implantées par une base étroite, font relief et se détachent superficiellement. Ainsi en était-il du fibro-lipome représenté (fig. 887) : il se mobilisait, à sa base, avec la peau, et ne « tenait » nullement au squelette; il datait de fort loin, et avait pris, sous la chaussure, la forme étrange, que l'on trouve assez souvent aux tumeurs, anciennes et indo-



FIG. 887. — Fibro-lipome du dos du pied.

lentes du dos du pied. Il s'étendait, en opercule, d'arrière en avant, au-dessus des trois premiers orteils.

La même disposition peut être affectée par certains épithéliomas cutanés, de prolifération excentrique, tel que celui de la figure 888. A

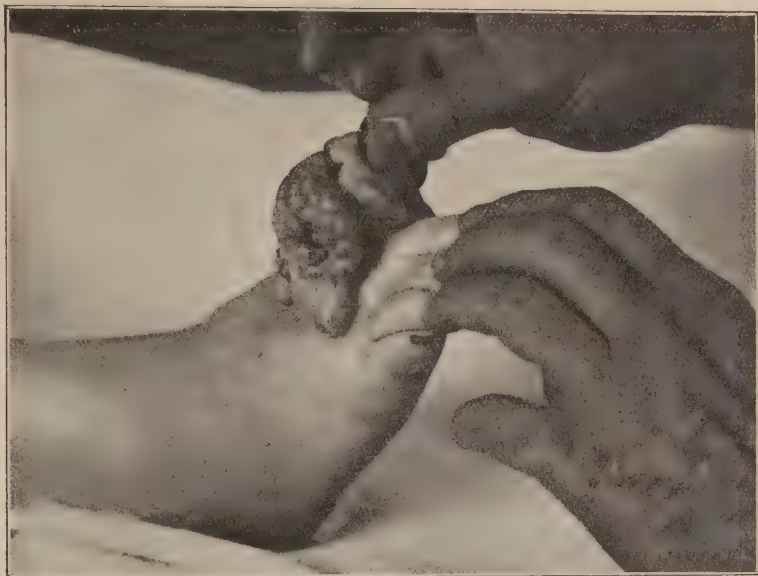


FIG. 888. — Épithélioma cutané du dos du pied, rabattu en opercule au-dessus des orteils.

première vue, tout l'avant-pied semblait occupé par une grosse tumeur rougeâtre, sanieuse et saignante; en l'explorant, on parvenait, sans



FIG. 889. — Épithélioma cutané de la plante du pied, aplati, pédiculé.

peine, à la relever d'avant en arrière, à dégager le dos des orteils, et à mettre en lumière l'implantation cutanée, relativement étroite, du néoplasme.

Vous verrez des tumeurs d'aspect analogue, en bosselure aplatie,

et presque pédiculées, à la plante du pied (fig. 889), sur les bords, au talon, aux orteils : épithéliomas; sarcomes (sarcome mélanique); fibrosarcomes et fibromes; lipomes et fibro-lipomes.

Il y a des **tumeurs des parties molles**, qui ne sont plus « en excroissances périphériques », comme les précédentes, mais qui dessinent, en soulevant la peau, un relief plus ou moins saillant, régulier ou bosselé, de consistance variable.

Au-devant et autour des malléoles, il faut penser aux **kystes synoviaux**, parfois volumineux, tendus et fermes, et qui, en partie « fixés » dans la profondeur, peuvent donner l'impression première de tout autres tumeurs.

Ailleurs, vous aurez affaire à des *lipomes*, à des *fibromes*, à des *sarcomes*, à des *angiomes* siégeant dans les parties molles, dans les tendons ou autour des tendons, dans les muscles, etc. Le gros point, c'est de s'assurer, autant que faire se peut (radiographie), que la tumeur ne procède pas des os, ou du périoste.

Vous rencontrerez, en effet, des **tumeurs osseuses**, centrales ou périostiques, sarcomes, chondromes, et chondro-sarcomes, ostéomes traumatiques, ostéomyélite chronique d'emblée, et aussi, — l'hypothèse à soulever toujours — ostéite syphilitique ou tuberculose. On cherchera à préciser le diagnostic, par les procédés cliniques, dont nous avons maintes fois parlé.

Rappelons enfin l'**exostose sous-unguéale**, qui soulève l'ongle du gros orteil, en totalité, le plus souvent sur un côté, quelquefois à sa partie centrale.

On la reconnaît à la simple inspection; mais on devra se souvenir que ce terme d'exostose n'a qu'un sens vaguement descriptif, et qu'on trouve, en pareil cas, du sarcome ossifié, du fibrome, du papillome, même de l'épithélioma.

GANGRÈNES DU PIED

Il convient de s'arrêter un peu sur les **GANGRÈNES DU PIED**, et je n'insiste pas sur les eschares du talon, les ulcérations gangréneuses diabétiques, les ulcérations torpides des orteils, avec perte de substance progressive, qui rappellent le panaris de Morvan (voy. p. 538 et fig. 632).

Voyez (fig. 890) une **gangrène totale des deux pieds par gelure**. Nous devons acquérir, au cours de la guerre, une ample expérience de ces gelures, et de leurs diverses formes; l'accident actuel s'était

produit en temps de paix, pendant l'hiver : la gangrène était totale,



FIG. 890. — Gangrène des deux pieds par gelure.

et un sillon d'élimination s'accusait déjà à la limite supérieure du segment sphacélé.

La question clinique est souvent beaucoup plus délicate (patho-

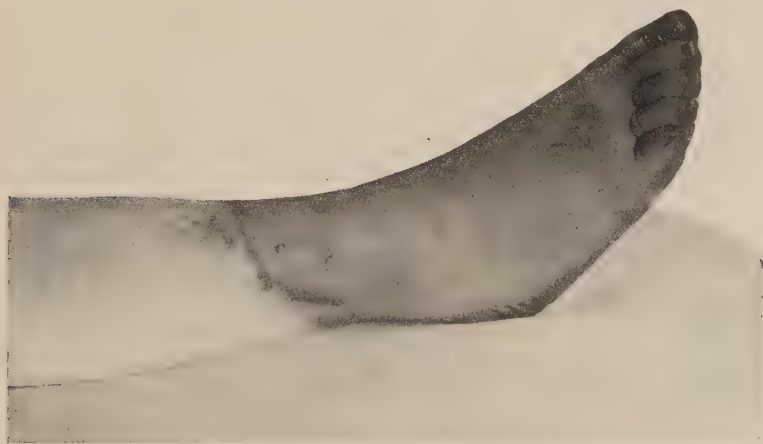


FIG. 891. — Gangrène du pied et du bas de la jambe par embolie.

génie, pronostic, indications) dans les **gangrènes vasculaires, diabétiques, ou mixtes.**

Et d'abord, la **gangrène par embolie**, d'origine cardiaque. — Le début a été brusque, et s'est accusé par une douleur aiguë, immédiate-

ment suivie de refroidissement et d'impotence du pied. Voyez, de plus, la fig. 891 : *la coloration bleuâtre, puis violacée, noire, de la peau, est diffuse, d'emblée*, et recouvre tout le pied, en remontant plus ou moins haut sur la jambe : cet aspect est, à mon sens, caractéristique ; il ne se retrouve, ni dans la gangrène sèche, endartéritique, ni dans la gangrène diabétique, humide.

La gangrène **endartéritique**, la gangrène **sénile**, — qui n'est pas rare, chez les sujets encore jeunes, relativement, et qui ne procède que



FIG. 892. — Gangrène sèche des orteils.

de la *sénilité des artères*, — débute souvent par le sphacèle, racorni et noirâtre, d'un ou de plusieurs orteils (fig. 892) ; il arrive que tout se borne là. Ailleurs, la « dessiccation noire » remonte sur le pied, occupe tout le pied, envahit la jambe, plus ou moins haut : **gangrène sèche**, mortification en bloc, qu'un sillon d'élimination, d'apparence nette, tout au moins, ne tarde pas, en général, à délimiter.

La **gangrène humide**, caractérisée par une grosse tuméfaction œdémateuse, une peau blanchâtre, plaquée de taches violacées, froide, insensible, doit toujours éveiller l'idée de l'infection ou du diabète.

Gangrène endartéritique, non associée au diabète, sèche d'abord, aux orteils, à l'avant-pied, et qui devient humide, en progressant plus haut : mauvais signe ; l'infection s'est surajoutée, d'ordinaire, au pros

cessus d'oblitération artérielle; la fièvre paraît, l'état général s'aggrave. — Gangrène humide d'emblée : diabète, le plus souvent; mais, d'ordinaire, combiné aux lésions endartéritiques. Ce sont les formes les plus graves : elles se limitent mal; elles se compliquent, comme nous le disions plus haut, d'accidents septiques, et ce sont des cas, ou l'exérèse haute, à la cuisse, pratiquée sous l'anesthésie rachi-

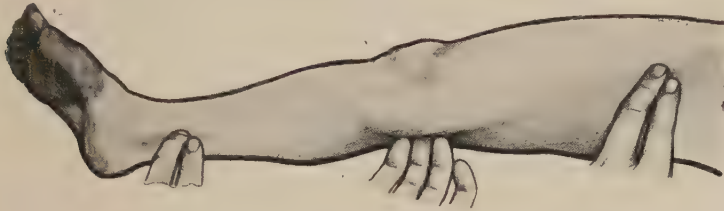


FIG. 893. — Gangrène du pied : examen de la tibiale postérieure, de la poplitée, de la fémorale.

dienne, permettra seule — lorsqu'elle est encore exécutable — d'assurer au malade ses chances de survie. Elle devient parfois une « opération de salut », et j'en ai vu assez d'exemples, pour l'affirmer sans hésitation.

Toutefois, si cette amputation haute, à la cuisse, est tout indiquée dans les gangrènes sèches, remontant très haut à la jambe, et dans les gangrènes humides, ascendantes, dont nous venons de parler, il n'est pas douteux, que, lors de sphacèle cantonné aux orteils ou à l'avant-pied, le sacrifice ne soit trop large, pour être d'emblée indiqué.

Il faut examiner les artères du membre, tibiale postérieure, poplitée, fémorale (fig. 893), apprécier leurs battements ou leur immobi-

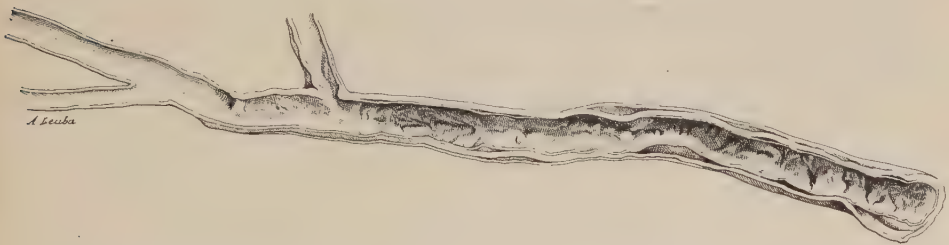


FIG. 894. — Les artères dans un cas de gangrène sénile, endartéritique : calcification et oblitération de la fémorale et de la poplitée, qui cessent brusquement à l'origine de la tibiale antérieure et du tronc tibio-péronier.

lité, et chercher jusqu'à quelle hauteur elles sont restées perméables. Explorez-les donc, de bas en haut; suivez la fémorale, en dedans de la cuisse (méfiez-vous du propre pouls de vos doigts), et constatez si elle bat encore, plus ou moins, et jusqu'où; palpez-la, et rendez-vous compte de l'induration, de la calcification de sa paroi (fig. 894).

Cette **exploration artérielle** est un second temps, nécessaire, de l'examen, dans toute gangrène spontanée; j'ajoute qu'il devra être complété par l'emploi de l'oscillomètre.

Une autre technique est encore susceptible — dans une certaine mesure — de préciser jusqu'à quel niveau décline la circulation collatérale est suffisante, pour justifier une amputation; c'est l'épreuve de Moskowicz. Appliquez de bas en haut, sur le membre, une bande élastique, comme pour l'hémostase préventive; laissez-la une dizaine de

minutes, puis retirez-la. Une rougeur hyperhémique se montre sur le membre qui vient d'être comprimé : voyez jusqu'où elle descend, bien rouge, bien nette, bien circonférentielle : dans cette zone, il semble bien que la vascularisation soit « bonne », et qu'on puisse amputer.

Sur cette donnée, j'ai amputé la jambe, au-dessous du genou, au lieu de la cuisse, et avec un heureux résultat; mais, pour faire crédit à cette pratique d'exploration, il faut que le résultat obtenu ne prête à aucune hésitation.



FIG. 895. — Pied bot équin, congénital.

PIEDS BOTS

Nous nous bornerons à une courte esquisse. Que la déformation du pied soit congénitale, qu'elle ait succédé à la paralysie infantile, ou à telle ou telle des

lésions osseuses, articulaires, tendineuses, dont nous avons rapporté plus haut de nombreux exemples, aux cicatrices vicieuses du cou-de-pied, aux phlébites, elle peut affecter les mêmes types d'expression : **pied bot équin** (fig. 895); — **varus** (fig. 896) et, le plus souvent, **varus équin** (fig. 897); — **valgus** (fig. 903); — **talus**, rare (pied relevé, talon seul portant); — **pied creux** — **pied plat** (fig. 902).

Le pied « classé », d'après sa forme et son aspect, l'exploration sera appelée à fournir certaines données, suivant l'espèce pathogénique.

Pieds bots congénitaux. — Exemples : fig. 895, pied bot **équin**; — fig. 896 : pied bot **varus**, unilatéral; — fig. 897, pieds bots,



FIG. 896.
Pied bot varus, unilatéral.

représentés fig. 897 étaient ainsi parsemés d'hygromas, de plaques ulcérées, de trajets suppurés pénétrant jusqu'à l'os; l'infirmité se compliquait de douleurs intolérables, et l'amputation (amputation sus-malléolaire, d'un côté; amputation de Ricard, de l'autre) devint le seul moyen d'améliorer la vie : avec des appareils, la malade pouvait marcher; elle ne souffrait plus.

Pieds bots paralytiques.

— Voyez la figure 898;

FIG. 897. — *Pieds bots varus équins, congénitaux* (Notez l'amputation congénitale de l'index droit).

varus équins, bilatéraux.

Essayez de redresser : vous n'y parvenez pas ou vous n'obtiendrez qu'un incomplet et minime redressement; et le fait se réalise d'autant mieux, que le sujet, non traité ou insuffisamment, devient plus âgé; car les déformations osseuses s'accusent de plus en plus : d'où la nécessité croissante, si je puis ainsi dire, des tarsectomies, pour réparer. De plus, avec l'âge, les suites locales de la statique irrégulière du pied se multiplient et s'aggravent : durillons, bourses séreuses, ulcérations et fistules.

Les deux pieds varus



pied bot varus équin paralytique, le sujet debout; — dans la position



FIG. 898. — *Pied bot varus équin paralytique.*
Le sujet debout.

couchée, soulevez le bas de la jambe (fig. 899) : le pied tombe en dedans et en arrière, et ne peut se redresser spontanément; il ballotte, si vous exercez des secousses; dans la même position, il se redresse aisément sous la main, appliquée comme figure 900.

Notez que ce redressement peut devenir plus tard malaisé et incomplet, par la rétraction des muscles antagonistes et les déformations osseuses progressives.

Vous ferez pareilles constatations, à l'examen, dans les autres variétés de *pieds bots paralytiques*.

Pieds bots secondaires
aux lésions ostéo-articulaires, tendineuses ou phlébitiques. —

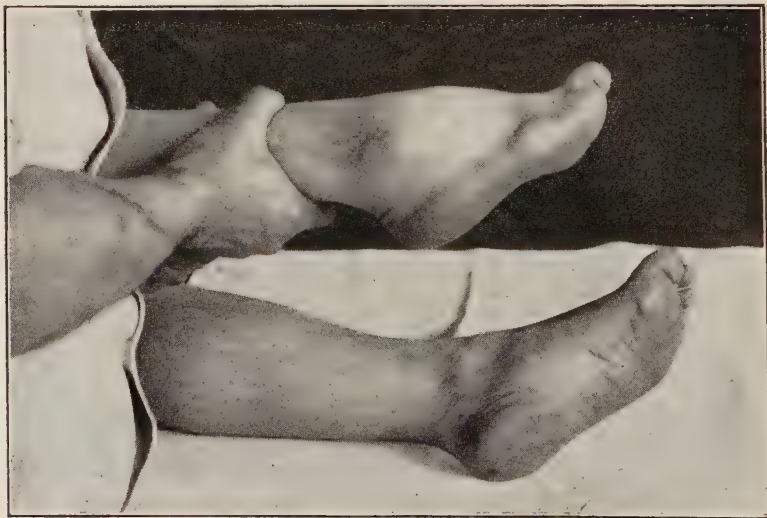


FIG. 899. — *Pied bot varus équin paralytique.* Ballotement du pied, la jambe soulevée.

Vous conduirez l'exploration avec la même méthode; inspection

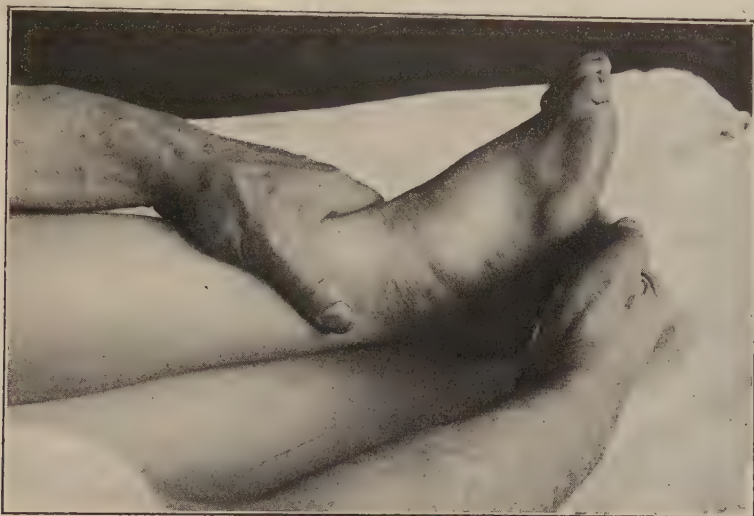


FIG. 900. — Pied bot varus équin paralytique. Redressement très facile.

du pied dans la station verticale, en avant, latéralement, *en arrière*; dans la marche; dans la position horizontale; — essais de réduction, volontaires, passifs, dans les divers sens; — relèvement de *tracés plantaires*, qui mettent en évidence les grandes déformations et qui servent à préciser les déformations minimales — radiographie; — enfin, examen soigneux des muscles de la jambe, de leur volume, de leur consistance, de leur contractilité, de leurs réactions électriques. C'est là un complément d'exploration de toute nécessité, et dont l'oubli ou l'insuffisance ne permettent pas de prévoir et d'annoncer exactement les résultats d'une intervention réparatrice, mais exposent à des surprises.



FIG. 901.

Pied plat acquis, unilatéral. Écrasement de l'arrière-pied.

Figure 901 : vous avez un type de **pied plat acquis** consécutif à un écrasement, avec perte de substance, de l'arrière-pied; — fig. 902 : deux **pieds plats congénitaux**.



FIG. 902. — Pied plat congénital, bilatéral.

terne, la tête de l'astragale, la tubérosité du scaphoïde dessinent un relief proéminent.

On provoque de la douleur, à la pression, au-devant de la malléole interne, en arrière de la tubérosité du scaphoïde, à l'interligne cunéo-métatarsien interne; en dehors, derrière le cuboïde, et le long des péroniers latéraux.

Il est toujours utile d'explorer la *valeur contractile du long péronier latéral* par le procédé suivant; appuyez le bout du pouce, par la plante, à la base du 1^{er} métatarsien (fig. 904), et pressez, en demandant au sujet de vous résister : si le long péronier est insuffisant, et parésié, vous refoulez, vous « enfoncez » sans peine la base métatarsienne.

Mais il y a lieu d'insister sur le **pied plat valgus douloureux** des adolescents, la **tarsalgie**.

C'est en regardant le pied **par derrière**, qu'on apprécie le mieux (fig. 903) la déformation, le renversement du pied en dehors, l'incurvation externe du tendon d'Achille, la saillie de la malléole interne.

La déformation, au début, est surtout accusée le soir; elle a disparu le matin. Sur le bord interne du pied, la malléole in-



FIG. 903. — Pied plat valgus. Vue postérieure.

Vous verrez parfois le long péronier contracturé et saillant comme figure 905; le valgus sera combiné alors au pied creux.

Dans la forme typique de tarsalgie, lorsqu'elle est invétérée, le redressement du valgus devient plus difficile, incomplet, ou même impossible; les saillies osseuses du bord interne sont de plus en plus accusées; l'avant-pied se coude en dehors sur l'arrière-pied; et c'est alors que la réparation, pour être obtenue, exige une intervention opératoire.

Je voudrais signaler encore la **talalgie**, la douleur du talon dans la station debout, qui peut même, plus tard, s'accompagner d'un certain degré d'équinisme « volontaire », le sujet mar-



FIG. 904. — Pied plat valgus.
Exploration du long péronier latéral.



FIG. 905. — Contracture du long péronier latéral : valgus combiné au pied creux.

chant sur le bout du pied, pour ne pas presser sur le talon.

Elle doit toujours faire penser à la blennorragie, car la douleur talonnière blennorragique est fréquente. — Elle se voit aussi dans certaines professions, qui exigent la station debout prolongée (maladie des sergents de ville). — Elle succède à certains traumatismes, à certaines chutes sur le talon. Enfin, on a beaucoup incriminé les *exostoses sous-calcanéennes et rétro-calcanéennes* (fig. 906 et 907).

Il faudra donc toujours se livrer à un examen minutieux du talon, sur ses faces postérieure et inférieure, sur ses faces latérales, et faire procéder à la radiographie, avant de conclure. J'ai vu de soi-disant talalgies prolongées, qui se sont finalement jugées par un

abcès froid et l'évolution d'une tuberculose du calcanéum.



FIG. 906.
Exostose sous calcanéenne.



FIG. 907. — *Exostose sous-calcanéenne et rétro-calcanéenne.*

Il conviendra d'apporter la même réserve dans l'interprétation d'autres *douleurs locales du pied*, en particulier, de celle qui siège au bord antérieur du métatarse, d'ordinaire au niveau de la

4^e articulation métatarso-phalangienne, autrement dit, de la *métatarsalgie*, ou maladie de Morton.

INDEX ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES ET DES FIGURES

LES CARACTÈRES ROMAINS DÉSIGNENT LES MATIÈRES TRAITÉES DANS L'OUVRAGE.
 LES CARACTÈRES *italiques* INDIQUENT LES FIGURES.
 TOUS LES NUMÉROS RENVOIENT AUX PAGES DU VOLUME.

A

Abdomen, 149.

— Aire centrale de l'—, 222.

— *Lignes régionales de la paroi antérieure de l'—*, 149.

— Tumeurs diffuses, 368.

Abdominale. Paroi — antérieure, 150.

— Forme et tenue, 150 (Voy. *Ventre, Gros ventres*).

— Traumatismes, 152.

— Hernies et éventrations, 153.

— Abscesses intra-pariétaux; sous-péritonéaux, 160 (Voy. *Ombilic*).

— Phlegmon large, 161.

— Tumeurs, 163.

— *Exploration d'une tumeur de la paroi —* 163, 164.

Abdominales. Tumeurs médio —, 222.

— *Exploration*, 222, 223, 224, 225.

Adducteurs. Région des —, 615.

— Ostéomes des —, 628.

Aine, 603.

— Adéno-lymphocèle, 607.

— Adéno-phlegmon, 604.

— *Anévrysme traumatique de la fémorale au pli de l'—*, 611, 612.

— *Gros fibrome aponévrotique*, 607.

— *Énorme lipome de l'aine gauche*, 608.

— *Gros ostéome pré-coxal*, 609, 610.

— Ostéomes pré-coxaux, 609 (Voy. *Fémur, Trochanter*).

— *Sarcome musculaire récidivé, ulcéré, avec adénopathie*, 607.

Aine. Sarcomes péri-vasculaires, 609.

— Tumeurs ganglionnaires, 604 (Voy. *Bubon strumieux*).

— — vasculaires, 610.

Aisselle, 490 (Voy. *Aillaire*).

Amygdales, 52.

Anévrysmes (Voy. *Cou, Thorax, Aisselle, Coude, Avant-bras, Aine, Cuisse, Poplité —*).

Angle de Louis, 95.

Ano-périnée-scrotale, région, 387.

Anthrax, 87.

Anus, 414.

— *Exploration en position latérale*, 415.

— — *en position dorsale*, 416.

— Abscesses, 414.

— Epithéliome, 419.

— Fistules, 417.

— Ulcération, 420.

Aortique. Anévrysme, 119.

Appendice à diverticules inclus dans le méso, 244.

— *Gros diverticule au niveau d'un hydro-appendice limité au tiers inférieur*, 244.

— Cancer de l'appendice, 243.

— *Côlon et appendice*, 245.

— Hernies de l'—, 374.

— *Gros hydro-appendice*, 243.

— *Palper de l'—, sur le psoas*, 243.

Appendicite aiguë, 235.

— chronique, 240.

— — et pseudo-myxôme péritonéal, 252.

— tuberculeuse, 243.

— à gauche, 239.

— *Exploration (Voy. Iliacque, Fosse)*.

- Appendiciteires. Abscès —, leurs localisations diverses, 239.
- Appendiculaires. Points douloureux —, 236.
- *Les points douloureux — sur les deux lignes spino-ombilicale et bi-spinale*, 236.
- Articulaires. Sarcome primitif des synoviales —, 675.
- Ascite, 362.
- *qui pointe, recherche transversale du flot*, 364.
- *qui pointe, recherche de la transmission du liquide, de bas en haut*, 365.
- — *examen en position inclinée*, 365.
- — *examen de l'ombilic*, 366.
- Astragale. Exploration, 731.
- Fractures, 730.
- Luxation isolée, énucléation en avant et en dehors, 719.
- Astragalien. Ballotement, 724.
- Recherche du ballotement —, 722 (Voy. *Cou-de-pied*, *Malléoles*).
- Astragalienne. Luxation sous — en arrière, 715.
- Luxation sous — en dedans, 717.
- — en dehors, 717.
- Luxation sous — en dedans, 716, 717, 718.
- Avant-bras. Abscès de la face antérieure, 554.
- Abscès froid du long supinateur (tuberculose musculaire), 531.
- Absence congénitale du cubitus, 534, 535.
- Amputation congénitale, 534.
- Anévrysmes, 530.
- Anévrysme de l'avant-bras (radiale), 531.
- Gros anévrysme diffus, 532.
- Cals vicieux, 529.
- Gros cal du cubitus, remplissant l'espace interosseux, 529.
- Congénitales, lésions, 534.
- Décollement épiphysaire du radius, avec chevauchement en dos de fourchette, 539.
- Exploration de l' — fracturé, 526, 527, 528.
- — du poignet fracturé, 537, 538.
- Fibro-sarcome kystique, 533.
- Fractures de l' —, 524.
- — divers types, 525.
- Fracture transversale basse, au-dessus de la ligne dia-épyphysaire, chez un garçon de 12 ans, 539.
- Inflexion sous-périostée des deux os de l' — 528.
- Lipome sous-cutané de la face postérieure, 532.
- Ostéomyélites chroniques d'emblée, 530.
- Sarcome du tiers supérieur du radius, récidivé, 531.
- Tuberculose verruqueuse ancienne, 533.
- Avant-bras. Tumeurs des parties molles, 530.
- Tumeurs osseuses, 530.
- — sous-cutanées, 532.
- Auriculaire. Tumeurs de la région pré- —, 31.
- Examen du pli rétro — et de l'apophyse mastoïde, 9.
- Aillaire. La cavité —, morphologie, 491.
- Palper, 490.
- Adéno-phlegmon, 491.
- Adénopathies, 491 (Voy. *Sein*).
- Anévrysmes, 492.
- — diffus, 492.
- Tumeurs —, 492.
- Artère —; trajet, 492.

B

- Bartholinites aiguës, 336.
- chroniques, 337 (Voy. *Vulve*).
- Bassin osseux, 445 (Voy. *Sacro-coccygienne*; *Iliaque*).
- Traumatismes, 446.
- Exploration d'un bassin traumatisé : pression transversale, concentrique, 448.
- — pression excentrique, 449.
- — pression de bas en haut, de l'ischion à la crête iliaque, 449 (Voy. *Ischio-pubienne*).
- Tumeurs, 456.
- Bec-de-lièvre simple, 40.
- bilatéral, avec saillie du lobe médian, 42.
- Biceps. Ruptures et hernies, 495.
- Rupture du —; épreuve de la flexion entravée, 495.
- Biliaire. Vésicule, 177.
- Les vésicules calculeuses, 177, 178, 179.
- Cancer secondaire d'une — calculeuse, 181.
- Biliaires. Voies —, 181.
- Exploration de la zone pancréatico-cholédocienne, 180.
- Bouche, 44.
- Exploration de la face latérale de l'arrière-bouche, 19 (Voy. *Dents*, *Joues*, *Langue*, etc.).
- Plancher de la —; Abscès, 25.
- — Abscès du plancher de la —. Exploration par le plancher et par la région sous-mentale, 25.
- — Epithélioma, 47.
- — Épithélioma primitif, 48.
- — Kyste dermoïde; prolongement sus-hyoïdien, 50.

- Bouche. Plancher de la —. Tumeurs, 49, 50.
- Bourses, 387.
- Traumatismes, 387.
- Œdème, 388.
- Lymphangite, phlegmon, érysipèle, 388.
- Ulcérations, 388 (Voy. *Hydrocèle*, *Hématocèle*).
- Branchiome malin*, 73.
- Bras. Traumatismes, 493.
- Fractures (Voy. *Humérus*).
- Absès froids, 500.
- Gros absès froid de la face postérieure du bras (*ostéite tuberculeuse humérale, dis-crète*), 500.
- — liberté complète des mouvements de l'épaule, 501.
- Exploration du — « *biceps flasque* », 497.
- — « *biceps contracté* », 497.
- — « *triceps inerte* », 498.
- *Fibrome aponévrotique* du —, 498.
- † Tumeurs des parties molles, 496.
- — osseuses, 499.
- Bubonocèle bilatéral*, 371 (Voy. *Hernies*).
- Bubons, 604.
- *strumeux*, 604.
- C**
- Calcanéen. *Hygroma tuberculeux sus* — 740.
- *Hygroma tuberculeux sous* —, *fistulisé*, 747.
- Calcanéenne. — *Exostose sous* —, 760.
- — *sous* — *et rétro* —, 760.
- Calcanéum. *Exploration*, 729, 730.
- Fractures, 728.
- Cardiaque. *L'aire* —, *tracée par la percus-sion*, 98.
- *L'aire cardio-péricardique, dans un gros épanchement du péricarde*, 98.
- Carotide. *Anévrisme de la* — *primitive; recherche de l'expansion*, 60.
- Carpe. *Exploration du* —, *face dorsale; recherche du grand os*, 541.
- — *sur les deux faces et le bord externe*, 541.
- — *de l'article trapézo-métacarpien*, 541.
- Fractures et luxations, 540.
- Carpo-métacarpiennes. Luxations, 543.
- Cavum. *Exploration*, 52.
- Cervicale. Colonne (Voy. *Rachis*).
- Cervicales. Adénopathies, 66.
- — *tuberculeuses en bloc*, 70, 71, 72.
- — *en chaîne*, 67, 68.
- Cervicales. Adénopathies. — *En masse diffuse*, 74.
- — *chroniques simples, d'origine den-taire*, 68.
- — *néoplasiques*, 68, 72.
- — *lymphadénome*, 68.
- — *lympho-sarcome*, 69.
- — *Sarcome ganglionnaire, récidivé, du cou*, 69.
- Chorio-épithéliome, 355 (Voy. *Utérus*).
- Clavicule. Cals exubérants, 63.
- *Exploration de la* — *fracturée*, 462, 463, 464.
- Fractures, 461.
- *Fracture de la* — *gauche; saillie du fragment interne*, 461.
- Luxations, 459.
- *Luxation sus-acromiale; exploration*, 460.
- *Luxation sterno-claviculaire*, 461.
- *Ostéomyélite chronique*, 64.
- *Syphilis gommeuse*, 64.
- *Sarcomes*, 63.
- *Sarcome de l'extrémité interne de la* — *gauche*, 64.
- *Tuberculose*, 65.
- Claviculaire. Creux sus —, 56.
- *Adéno-phlegmon*, 58.
- *Exploration du creux sus* — *par derrière*, 56, 109.
- *Recherche du ganglion sus* — (*ganglion de Troisier*), 218.
- Coccyx. Luxations et fractures, 452.
- Cœcum. Le — dans l'appendicite chro-nique, 245.
- *Cancer du* —, 248, 249.
- *Palper du* —, 246, 247.
- Tumeurs, 249.
- *Exploration d'une tumeur du* —, 251.
- *Tuberculose du* —, 250.
- Col utérin (Voy. *Gynécologie*).
- Colique. Tumeur de l'angle — gauche, 200.
- Absès péri —, 234, 253.
- *Ballotement d'une tumeur* — *haut située*, 262.
- Colon. Cancer du — descendant, 259.
- Cancer du — transverse, 226 (Voy. *Aire centrale de l'abdomen, Flancs, Fosses iliaques*).
- Costaux. Fractures des cartilages —, 105.
- Absès froids —, 115.
- *Absès froid costal incisé; l'orifice qui conduit dans le foyer sous-costal*, 116.
- Chondromes —, 116.
- *Chondrome costal*, 117.

Costaux. Sarcomes —, 116.

— *Sarcome des deux dernières côtes, figurant une grosse tumeur lombaire*, 118.

Côte cervicale, 62.

Côtes. *Cal saillant du bord déclive d'une côte*, 105.

— *Exploration de la paroi thoracique lors de fracture de —*, 104.

— Fractures, 104.

— Ostéomyélite, 110.

— *Résection de neuf côtes gauches, pour empyème fistuleux*, 127 (Voy. Thorax.)

Cotyloïde. Fractures de la cavité, 452.

Cotyloïdienne. Ostéomyélite, 452.

Cou, 53.

— Anatomie vivante, 53.

— Anévrysmes, 61.

— *Anévrysme de la base du cou (tronc brachio-céphalique)*, 61.

— Angiomes profonds, 66.

— Déviations, 84 (Voy. Torticollis).

— *Épithélioma cutané diffus*, 74.

— Fistules, 82.

— *Fistule branchiale sous-hyoïdienne*, 83.

— Kystes congénitaux, 60, 66.

— Phlegmons et abcès chauds, 57.

— *Sarcome diffus cutané et sous-cutané*, 75.

— Tumeurs, 59.

— — ganglionnaires, 66 (Voy. Branchiomes, Cervicales, Thyroïde).

Coude. Anévrysmes du pli du — 524.

— Ankyloses, 523.

— Arthrites aiguës, 518.

— — chroniques, 519.

— — tuberculeuses (tumeur blanche), 520.

— — syphilitiques, déformantes, 522.

— *Développement. Le coude d'un enfant de 14 ans*, 511.

— Entorse, 513.

— *Examen symétrique des deux coudes et des deux avant-bras en avant*, 517.

— *Exploration du — recherche de l'olécrâne*, 506.

— — *recherche des trois apophyses*, 507.

— — *dans les arthrites*, 518, 519.

— — *dans les raideurs*, 513, 514, 515, 516.

— — *dans la tumeur blanche*, 520, 521, 522.

— Fractures (Voy. Humérus, Avant-bras).

— *Limitation de l'extension du coude, d'origine cicatricielle*, 515.

— Luxations du —, 503.

— *Luxation du — en arrière*, 504.

— — *exploration*, 505.

Coude. *Ostéome pré-articulaire, consécutif à une luxation ancienne du coude*, 514.

— Raideurs du —, 513.

— Traumatismes, 503 (Voy. Epitrochlée, Olécrâne, Triceps, etc.).

Cou-de-pied. Arthrites et synovites aiguës, 737.

— *Exploration*, 720, 721, 722.

— *Face externe du — et du pied, en contraction*, 736.

— *Face interne, du — et du pied, en contraction*, 737.

— Synovites tuberculeuses, 739.

— Traumatismes, 712.

— — à grande déformation, 712.

— — sans déformation apparente notable, 719.

— Tumeur blanche, 740.

Cowpérite, 408.

— *Exploration de la glande de Cowper*, 408.

Coxa vara, 587.

— — *secondaire à une fracture du col fémoral*, 587.

Coxalgie, 588.

— Abcès dans la —, 593.

— *Exploration*, 589, 590, 591, 592, 593.

— Luxations dans la —, 594.

— pseudo — ostéomyélitiques, 595.

— suppurées et fistuleuses, 595.

— — *désarticulation de la hanche pour coxalgie fistuleuse; moignon parsemé de fistules, qui procèdent de l'os iliaque*, 594 (Voy. Hanche).

Crâne. — Abcès chauds péri-craniens, 6.

— Affections aiguës inflammatoires, 6.

— Épithéliomas en nappe, 15.

— Fistules, 16.

— Gommès, 12.

— Kystes congénitaux, 11.

— — sébacés (loupes), 10.

— Ostéomes, exostoses, 12.

— Ostéomyélite, 7.

— Phlegmon de la région temporo-pariétale profonde, 9.

— Sarcomes des os du —, 12.

— — péri-dure-mériens, 13.

— *Sarcome péri-dure-mérien, perforation du crâne*, 13.

— — *perforant*, 14.

— Traumatismes, 1.

— *Exploration*, 2, 3, 4, 5.

— Tuberculose, 15.

— Tumeurs, 10.

Crâne. Ulcérations, 15. (Voy. Auriculaire, Mastoïde, Sinusite).
 Cricoïde. Cartilage, 54.
 Crico-thyroïdien. Espace, 54.
 Crurale (Voy. Aine, Hernies).
 Cuisse. Absès profonds de la —, 621.
 — Gros absès profond de la —; exploration, 622.
 — Affections inflammatoires, 621.
 — Déformations, 630.
 — Grande courbure à convexité antérieure du fémur et du tibia; maladie de Paget, 630.
 — Exostoses de croissance, 623.
 — Exostose — de l'extrémité fémorale inférieure, 623.
 — « Exostosis bursata », 623, 624.
 — Exploration, 615.
 — Exploration de la — au niveau du sillon bicipital, 617.
 — Face externe de la — et du genou; sillons et fossettes, 616.
 — Face interne de la — et du genou; sillons et fossettes; la fossette de Jobert, 617.
 — Fractures, 613.
 — — basses, sus-condyliennes, 620.
 — Fracture sus-condylienne du fémur; fragment supérieur angulaire, chevauché en bas et en avant, 620.
 — Ostéite syphilitique, 629.
 — Ostéomyélite chronique d'emblée, 625.
 — Ostéo-sarcomes — diaphysaires — épiphysaires, 626.
 — Gros ostéo-sarcome de la moitié inférieure du fémur droit, chez une jeune fille de 19 ans, 627.
 — Ruptures musculaires, 619.
 — Rupture du droit antérieur, 618, 619.
 — Sarcomes péri-vasculaires, 629.
 — Grosse tumeur (sarcome) de la face antéro-interne de la cuisse, 629.
 — Traumatismes, 628.
 — Tumeurs, 623.
 — — aponévrotiques, 627.
 — — Énorme fibro-sarcome kystique aponévrotique, de la cuisse gauche, 628.
 Culs-de-sac vaginaux (Voy. Vagin).
 Cystocèle, 340 (Voy. Gynécologie).
 — isolée, 340.

D

Dacryocystite chronique, 26.
 Défense iliaque, 235. (Voy. Appendicite).
 Dentoïde, atrophie du — dans les traumatismes de l'épaule, 477.

Déférent, canal, 396.
 — exploration, 396.
 Dentaires. Absès dentaires, 23.
 — Fistules — sous-mentales, 83.
 — Absès et fistules — de la joue, 29.
 — Absès dentaire chronique de la joue, 29.
 — Tumeurs, 36 (Voy. Maxillaire inférieur, Odontomes).
 Dentelé. Paralyse du grand, 478.
 — paralysie du grand —; scapulum alatum, 478.
 Diverticulaires. Hernies, 374.
 Diverticule de Meckel, 374.
 Doigts. Luxations métacarpo-phalangiennes, 544.
 — inter-phalangiennes, 545.
 — Ostéomyélite, 554.
 — Tumeurs, 565. (Voy. Macroductylie, Spina ventosa, Syndactylie).
 Dos, 423.
 — Tumeurs médianes, 442.
 — — latérales, 444.
 — Grosse tumeur de la moitié gauche du —, 443.
 — — recherche de la fluctuation, 444.
 — Absès froids, 435, 444. (Voy. Rachis).
 Dos de fourchette. Les diverses variétés, 536.
 — dans une fracture de l'extrémité inférieure du radius, 535.
 — transversal, fracture des deux os, par retour de manivelle, 536.

E

Ectopie (Voy. Testicule).
 Embolie, 119.
 Emphysème de la face, 18.
 — du thorax, 104.
 Empyème de nécessité, 117.
 — Types d'empyème, 121.
 Épaule. Absès froids, 483.
 — Absès froid sous-acromio-coracoïdien, 482, 483, 484.
 — Arthrites aiguës, 478.
 — chroniques, 479 (Voy. Scapulargie).
 — Contusion, 474.
 — Contusion radiculaire; impotence complète de l' — et du bras, 475 (Voy. Dentoïde, Dentelé (grand), Périarthrites).
 — Exploration : palper sous le bec de l'acromion, 465.
 — — recherche de l'apophyse coracoïde, 468.
 — Fractures (Voy. Humérus, Omoplate).

- Épaule. Luxations, 465.
 — — anciennes, 499.
 — — en arrière, 469.
 — — compliquées de fractures, 471.
 — luxation de l'— avec fracture du col anatomique, 470.
 — — intra-coracoïdienne, 467.
 — — récidivantes, 467.
 — — sous-coracoïdienne, 466.
 — — sous-coracoïdienne ancienne; exploration, 469, 470.
 — — sous-glénoidienne, 468.
 — Ostéomyélite, 485.
 — — chronique, fistuleuse, de l'épaule gauche, 485 (Voy. *Humérus*).
 — Traumatismes, 459.
 — Tumeurs, 486 (Voy. *Humérus*, *Omoplate*).
 — — des parties molles, 489.
 — — Gros lipome rétro-scapulaire, 489.
 — — Gros lipome, appendice au-devant de l'épaule, 490.
 Épididymite. (Voy. *Bourses*).
 Épigastrique. Abscès, 201, 218.
 — Abscès froid rétro-sternal, saillant à la région —, 202.
 — Examen clinique de la région, 201.
 — Hernie, 155.
 — Manœuvre des deux pouces, pour explorer l'anneau, 155.
 — Kystes, 217.
 — Palper, 202.
 — — technique, 208, 209, 210.
 — Points douloureux, 215.
 — — Exploration, 216, 217.
 — Tumeurs solides, 221.
 Épiploon (grand). Kyste hydatique, 225.
 — Torsion, 361.
 — Torsion du grand épiploon, 362.
 Épitrochléens. Ganglions, 521, 524.
 — Adéno-phlegmons, 524.
 Épulis, 44.
 — Epulis, 45.
 — Énorme épulis ossifiée, 45, 46.
 Estomac. Cancer de la grande courbure, 228.
 — Cancer diffus de la grande courbure, propagé à l'épiploon, et figurant une grosse tumeur médio-abdominale, 229.
 — Clapotage (recherche du —), 203.
 — Dilatation gastrique, 202.
 — Palper entre les droits, dans la position assise, 215.
 — Palper du grand cul-de-sac et de la grande courbure dans le décubitus latéral droit, 214.
 Estomac. Sténose médio-gastrique ulcéreuse; estomac biloculaire, 206, 207.
 — Succussion sous-costale, 203.
 — Ulcère calleux de la petite courbure, 210. (Voy. *Épigastrique*, *Pylore*).
 Événtration, 156.
 — Exploration, 156, 157.
 — tombant jusqu'aux genoux, 158.
 Exophtalmos pulsatile, 27.
 Exostoses de croissance. (Voy. *Humérus*, *Cuisse*, *Jambe*).
 Exstrophie (Voy. *Vessie*).
 F
 Face. Traumatismes, 17.
 — Phlegmons et abcès, 22.
 — Tumeurs, 26.
 — Épithéliomas, 39 (Voy. *Joue*, *Langue*, *Lèvres*, *Parotide*, *Paupières*).
 Faciale. Paralyse, 32.
 — paralysie — droite, totale; l'œil droit ne se ferme qu'incomplètement, 33 (Voy. *Parotide*).
 Fémur. Fractures basses, sus-condyliennes, 620 (Voy. *Cuisse*).
 — fracture du col, 578.
 — — exploration, 579.
 — pression transversale bi-trochantérienne, 581.
 — fracture diaphysaire, 618.
 — Ostéomyélites de l'extrémité fémorale supérieure, 588 (Voy. *Pseudo-coxalgies ostéomyélitiques*).
 Fémoral. Hyperostoses du col, 609.
 — Hyperostose du col —, consécutive à une fracture, 610 (Voy. *Aîne*, *Trochanter*).
 Fesse. Exploration, 600.
 — Collections et tumeurs, 600 (Voy. *Ischiatique*, *Sciatique*).
 Fibromes (Voy. *Utérus*).
 Flanc droit. Abscès, 233.
 — — révélant un néoplasme latent, 233.
 — Exploration, 229.
 — Tumeurs, 230.
 — — exploration, 230, 231, 232 (Voy. *Côlon*, *Rein*).
 Flanc gauche, 253 (Voy. *Côlon*).
 Foie. Aires de projection pariétale, en avant — en arrière, 167.
 — Bord antérieur du —; recherche, 186.
 — les divers procédés, 168, 169, 170.
 — Gros — débordant, formes diverses, 173.

- Foie. Kystes hydatiques du bord antérieur, 175, 184.
- — du bord postérieur, 176, 184.
 - — du bord postérieur du lobe droit, 176.
 - — du lobe gauche du —, 184.
 - — de la face convexe, 184.
 - — — inclus dans l'hypochondre, 186.
 - — du lobe gauche, dessinant un relief, d'apparence splénique, 185.
 - Kyste hydatique saillant en avant, exploration transversale, 185.
 - — exploration du pôle inférieur, 185.
 - — exploration de bas en haut, 186.
 - Kyste hydatique inclus dans l'hypochondre; recherche du flot trans-thoracique, 187.
 - — ; recherche du ballonnement sus-hépatique, 188.
 - — ; frémissement hydatique trans-thoracique, 189.
 - Palper du bord décline du foie et de la vésicule, par les deux mains recourbées, 169.
 - — par le procédé des deux pouces, 171.
 - — sur le malade debout, 172.
 - — du foie et de la région sous-hépatique par amplexation, 171.
 - Ptose du —, 173.
 - — ptoses lobaires, 176.
 - Syphilitique « ficelé », 174 (Voy. Biliaires, Hépatique).
- G**
- Galactophorite suppurée, 132 (Voy. Sein).
- Gangrène (Voy. Pied).
- symétrique des extrémités (maladie de Raynaud), 558.
- Genou, 631.
- Ankylose, 666.
 - — en flexion de 35° à 40°; équinisme, 667.
 - — en flexion à angle droit, 668.
 - — en flexion, et atrophie considérable du membre; ostéomyélite datant de l'enfance, 669.
 - Arthrites et péri-arthrites aiguës, 646.
 - — tuberculeuses aiguës, 648.
 - — suppurées, 647.
 - — chroniques, 650 (Voy. plus bas, Tumeur blanche).
 - — non tuberculeuses, 659.
 - — déformantes, 660.
 - Arthrite chronique déformante du genou droit, 661.
 - — Arthrite chronique déformante. osseuse, 662, 663.
 - Genou. Arthrite chronique déformante. — lésions anatomo-pathologiques, 664, 665.
 - — secondaire à un genu valgum, 665.
 - — chronique ostéomyélique, 656.
 - — syphilitique, 660.
 - — tabétique, 659, 660.
 - Contusion, 638 (Voy. Ménisques).
 - Corps étrangers, 639.
 - Déviations, 669 (Voy. plus bas, Genu valgum, varum, recurvatum).
 - Entorse, 635.
 - Exploration, lors de traumatismes, 632, 633, 634.
 - — lors d'entorse, 635, 636, 637.
 - Luxation, 644.
 - — du genou en arrière, 645.
 - Ostéomyélite, 649.
 - Ostéomyélite chronique fistuleuse, avec arthrite chronique, 657.
 - Ostéomes, 677.
 - Raideurs, 666.
 - Tumeurs, 675 (Voy. Fémur, Tibia, Rotule).
 - Tumeur blanche, exploration, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656.
 - — Subluxation en dehors et en arrière, 657.
 - (Voy. Hémarthrose, Hydarthrose).
 - Genu valgum, 669.
 - bilatéral, 670.
 - bilatéral; examen en arrière, 670.
 - bilatéral invétéré, impotence complète, 671, 672.
 - droit, 670.
 - droit, avec hydarthrose chronique, 673.
 - Genu varum, 673.
 - bilatéral, les deux pieds en varus, 674.
 - gauche, 673.
 - Genu recurvatum, 674.
 - recurvatum, 675.
 - Gibbosités, 435 (Voy. Mal de Pott, Rachis).
 - Gibbosité costale dans la Scoliose, 144.
 - (Voy. Scoliose).
 - Gland. Chancres du —, 411.
 - Papillome; épithélioma, 412.
 - Épithélioma de la couronne du —, prépuce indemne, 412.
 - — du prépuce et du gland, 412.
 - Goitre, 76.
 - exophtalmique, 80.
 - kystique, 76 (Voy. Thyroïde).
 - parenchymateux; examen, 78, 79.
 - colloïde du lobe gauche, 79.
 - plongeant, 78.
 - vasculaire, 78.

Grenouillette sublinguale, sus-hyoidienne, 49.
 — sublinguale, 49.
 Griffe (Voy. *Main*).
 Gynécologie, 288.
 Gynécologique, schémas d'exploration, 318.

H

Hallux valgus, 744, 745.
 Hanche. Ankyloses, 596.
 — en demi-flexion et légère abduction, 597.
 — en abduction, 598, 599.
 — bilatérale, 599.
 — Arthrites aiguës, 587.
 — — chroniques, 588 (Voy. *Coxalgie*).
 — — déformantes, 595.
 — Contractures, 596.
 — Contusion, 581.
 — Entorse, 582.
 — Luxation, 575.
 — — congénitale, 582.
 — — — bilatérale, 583.
 — — — recherche de la tête luxée, 586 (Voy. *Coxa vara*; Membre inférieur, mensuration).
 — — iliaque, exploration, 576.
 — — obturatrice, 577.
 — — pubienne, 577.
 — Luxations paralytiques, 586.
 — — pathologiques, 594.
 — — Ligne de Nélaton, 576.
 — Ostéomyélite (Voy. *Coxalgie*).
 — Péri-arthrite (Voy. ce mot).
 Hémarthrose, 634.
 Hématocèle rétro-utérine, 315.
 — — schéma, 323 (Voy. *Gynécologie*, *Tubaire*).
 — — vaginale, 392 (Voy. *Bourses*).
 Hématocolpos, 344.
 Hématomes (Voy. *Paroi abdominale*, *Spléniques*, *Membres*).
 Hémopneumo-thorax; emphysème sous-cutané, 108.
 Hémorrhoides, 418, 419.
 Hémothorax, 108.
 Hépatique. Abscès sous —, 921.
 — Palper sous —, 182.
 — — avec poing lombaire, 183.
 — — décline d'une grosse masse sous-hépatique, 183.
 — — pratiqué du côté opposé, 184.
 Hernie crurale, 380.
 — Étranglement, 382.

Hernie crurale. *Grosse* —, 381.
 — réduction, 381, 382.
 — bilatérale, 382, 383.
 Hernies diaphragmatiques, ischiatiques, de la grande lèvre, lombaires, 385.
 Hernies exceptionnelles, 385.
 Hernie inguinale, 370.
 — associée à l'ectopie testiculaire, 375. (Voy. *Testicule*).
 — explorée debout, 370.
 — Exploration du canal, après réduction, 369.
 — grosse — scrotale gauche, 371.
 — très grosse — taxis explorateur, 372.
 — — réduite; examen de l'anneau et du canal, 373.
 — grosse — labiale, 375.
 — inguino-interstitielle, 376.
 — inguino-superficielle, 377.
 — pro-péritonéale, 377.
 — Irréductibilité, 373.
 — Variétés et contenu, 371, 373 (Voy. *Appendice*, *Diverticule*, *Ovaire*, *Trompe*, *Vessie*).
 — obturatrice, 384.
 — Exploration, 384.
 Hernies pariétales de l'abdomen, 153.
 — cicatricielles, 153.
 — cicatricielle, après opération d'appendicite, 159.
 (Voy. *Épigastrique*, *Ombilicale*).
 Humérus. Décollement épiphysaire, 471.
 — Exploration de l'extrémité supérieure, 472, 473.
 — — de l'extrémité inférieure, 508.
 — Exostoses de croissance, 502.
 — Exostosis bursata, 502.
 — — de l'extrémité humérale supérieure, 502, 503.
 — Fractures du col chirurgical, 471.
 — — Déformation simulant la luxation, 471.
 — — diaphysaires, 493.
 — — sus-condyliennes, 507.
 — — du condyle interne et du condyle externe, 507.
 — — apophysaires, 508.
 — — spontanées, 501, 502.
 — Ostéites traumatiques, 499.
 — — tuberculeuses, 500.
 — Sarcomes, 486, 500.
 — — de l'extrémité supérieure de l'humérus, 486.
 — — en gigot, 487.
 Hydarthrose, 634 (Voy. *Genou*).
 — à répétition, 650.

Hydrocèle vaginale, 391.
 — congénitale, 393.
 — *Exploration*, 389, 390, 391, 392.
 — droite congénitale; ectopie du testicule gauche, 394.
 Hydronéphrose volumineuse du rein droit 282.
 Hydro-salpinx, 321.
 — Gros —, 321.
 — à pédicule tordu, 360.
 Hypochondre droit, 165.
 — Le bord déclive de l' —, en avant, 165.
 — — en arrière, 166 (Voy. Foie, Hépatique).
 Hypochondre gauche, 188.
 — Limite déclive de l' — en avant, 189.
 — — en arrière, 190 (Voy. Côlon, Rate).
 Hypogastrique (Région), 265.
 — Abcès, 265 (Voy. Retzius).
 — Kystes, 267.
 — Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire, hernié à travers la paroi —, 269.
 — Gros kyste hydatique rétro-vésical, 268, 269, 270.
 — Palper — et toucher rectal, 267.
 — Tumeurs, 265.
 Hyoïde (os), 53.

I

Iliques. Abcès froids, 263.
 — Adéno-phlegmons — d'emblée, 257.
 — Tumeurs extra-péritonéales, 250, 263.
 Iliaque. Fosse — droite, 235.
 — *Exploration d'un plastron*, 239.
 — Palper à la recherche de l'appendice, 240, 241, 242.
 — — avec les deux mains superposées, 237.
 — — lors de « défense », 237, 238 (Voy. Appendice, Cœcum).
 — Fosse — gauche, 253.
 — Abcès, 256.
 — — d'origine appendicitaire, 239.
 — Flexion de la cuisse, dans un abcès de la —; aspect de psôitis, 256 (Voy. Psôitis).
 — Palper, 254, 258, 260, 261, 263.
 — Tumeurs, 258 (Voy. Sigmoïde).
 Iliaque — Os. Chondrome, 456, 457.
 — Fractures (Voy. Bassin).
 — Luxation et subluxation, 451.
 — Ostéomyélite, 452.
 — Sarcome, 458.
 — Tuberculose, 453.

Inguinale. (Hernie) (Voy. Hernies).
 Inguino-crurale (Région), 369.
 Insufflation colique, 233.
 Intestin : Cancer de l' — grêle; anse doublée, 227.
 — Rétrécissement fibreux, 358.
 — Sarcome polypeux, 228.
 Inversion. (Voy. Testicule, Utérus).
 Ischiatique. Hernie —, 385.
 — Gros hygroma sous —, 601.
 Ischio-pubienne. *Exploration de la branche* —, 407.
 Ischio-rectal. Abcès, 415.

J

Jambe. Épithélioma cutané, ulcéré, 711.
 — Exostoses épiphysaires, 695.
 — Exostose épiphysaire de l'extrémité supérieure du tibia, 696, 697.
 — *Exploration de la —, lors de fracture*, 686, 687, 688.
 — Fractures, divers types, 685.
 — — spiroïde du tibia, 685 (Voy. Cou-de-pied, Malléoles).
 — Œdèmes chroniques, 703.
 — Œdème chronique, lymphatique, de la jambe droite, 704.
 — Œdème éléphantiasique de la jambe et du pied; fistules osseuses invétérées, 705.
 — Ostéite tuberculeuse, 703.
 — Ostéomyélite chronique, 698.
 — — chronique d'emblée, hypertrophique et généralisée, du tibia, 698, 699.
 — — chronique de l'extrémité supérieure du péroné, avec abcès, 702.
 — Ostéo-périostites typhiques, 701.
 — Ostéo-sarcome, 699.
 — — de la tête du péroné, 700.
 — Retards de consolidation. — Pseudarthrose, 692.
 — Pseudarthrose du tibia en haut, 692, 693.
 — Syphilis, 701.
 — Traumatismes, 686.
 — Ulcères, 709.
 — — endartéritique, 711.
 — — épithélioma développé sur un ulcère variqueux, 710.
 — — syphilitique, 710.
 — — tuberculeux, 711.
 — — variqueux, 709.
 — Varices (Voy. ce mot).

K

Kystes. (Voy. Cou, Foie, Ovaire, Rate, etc.).

L

Langue. Examen. — Tumeurs et ulcérations, 46.

— *Épithélioma de la face dorsale*, 46.

Lanz. Point de — dans l'appendicite, 236.

Lèvre. Bec-de-lièvre, 41.

— *Cancroïde de la — inférieure*, 42.

— *Destruction médiane, épithéliomateuse, de la — inférieure*, 43.

— *Ectropion de la — inférieure, après brûlure*, 41.

— *Épithélioma*, 42.

— — *de la face muqueuse, faisant relief au dehors*, 43.

— — *muqueuse de la — supérieure; relèvement de la — pour l'examen*, 44.

— *Tumeurs bénignes*, 41.

— *Fibro-adénome de la — supérieure*, 42.

Ligament large. *Fibrome tordu du —*, 361.

— *Kystes*, 323.

— *Petit kyste du —*, 323.

Lipomes disséminés et diffus, 86.

— *pré-péritonéaux*, 164.

M

Mac Burney. Point de —, 236.

Mâchoires. Constriction des —, 21.

Macroactylie, 566, 567.

Main. Affections phlegmoneuses aiguës, 547.

— *Main-bote acquise*, 573.

— — *radiale*, 573.

— *Déformations post-traumatiques*, 552, 553.

— *Difformités congénitales, pathologiques, traumatiques*, 566.

— *Difformités, types divers*, 572.

— *fixée en flexion légère et pronation forte, à la suite d'une fracture mal consolidée de l'avant-bras*, 574.

— *Épithélioma végétant du dos de la —*, 564.

— *Fistules ostéomyélitiques du dos de la main*, 555.

— *Griffe cubitale*, 571.

— *Griffe du médiaet du cubital*, 571.

Main. *Neuro-fibromatose de la —*, 565.

— *Plaie ancienne du cubital, atrophie des interosseux*, 570.

— — *atrophie de l'éminence hypothénar, flexion des doigts*, 570.

— *Rétraction de l'aponévrose palmaire (maladie de Dupuytren)*, 568.

— *Rétraction musculaire ischémique des fléchisseurs*, 569.

— *Tumeurs*, 564.

Mal perforant, 746.

Mal de Pott, 428.

— *Abcès*, 431.

— *Abcès par congestion : exploration ilio-crutale*, 432.

— — *dorsal; début de gibbosité*, 431.

— *Exploration*, 428, 429, 430.

— *Exploration du psoas, pour la recherche d'un abcès pottique commençant*, 432.

— « *Bossus pottiques* », 433, 434 (Voy. Dos, Nuque).

Malaires. *Exploration, aux pouces, des deux os —*, 18.

Malléolaire. *Exploration d'une fracture bi-malléolaire ou sus-malléolaire, non consolidée*, 724, 725.

— *fractures malléolaires*, 719.

— — *sus-malléolaires*, 718.

— *fracture bi-malléolaire basse, avec subluxation du pied en arrière*, 715.

— — *de Dupuytren*, 715.

— — *ancienne; large écartement des malléoles, hyperostose*, 727.

— *fracture sus-malléolaire ancienne, déviation en valgus*, 726.

— — *avec chute du talon*, 724. (Voy. Cou-de-pied).

Mammaire. *Abcès froid de la région* 115.

— *Abcès froid costal de la —*, 116.

— *Abcès froid*, 135.

Mandibulaire inférieure (Région), 34.

Masque ecchymotique de la face, 37.

Mastite aiguë diffuse, 132.

— *chronique noueuse*, 137 (Voy. Sein).

Maxillaire inférieur. *Actinomycose*, 38.

— *épithélioma térébrant*, 35.

— *exploration lors de fractures*, 20, 21.

— *fractures*, 20.

— *Kyste multiloculaire adamantin*, 36, 37, 38.

— *Luxation*, 22.

— *Ostéome, myxome, chondrome*, 36.

— *ostéome du —*, 35.

— *ostéo-périostites chroniques*, 34.

— *palper sous-angulaire bilatéral*, 22.

— *Sarcome*, 35.

Maxillaire. Séquestre comprenant toute la moitié du —, 34.

— Syphilis, 34.

— Tumeurs, d'origine dentaire, 36.

Maxillaire supérieur. Fractures, 17.

— épithélioma, 30.

— Sarcome, 29.

Maxillaire (Sinus). Kystes et abcès, 27.

Médian. Fibrome périphérique du —, 496.
(Voy. Main).

Médiastin. Abcès et tumeurs, 129.

— Médiastinite, 129.

— Percussion inter-scapulaire, 109.

Médiastinal. Emphyseme, 108, 109.

Médio - carpienne. Luxation, 343 (Voy. Main).

Médio-tarsienne. Entorse, 727.

— Exploration, 728.

Membre inférieur, 575.

— Mensurations, 580, 583.

— Ligne spino-malléolaire, 580.

— Ligne trochantéro-malléolaire, 581.

— Ligne spino-trochantérienne, 584.

— Triangle de Bryan, 585.

Membre supérieur, 459.

Ménisques (intra-articulaires du genou).

Ruptures et subluxations, 638.

— Ruptures et subluxations méniscales du genou, 639.

Mental. Abcès sous —, 57.

— Adénite sous —, 60.

Mésentère. Kystes, 225.

— Myo-lipome diffus, 368.

— Tumeurs solides, 227.

Métacarpiens. Abcès froid du dos de la main, d'origine métacarpienne, 557.

— Fractures, 545. (Voy. Pouce).

— Ostéite tuberculeuse de la tête du 4^e métacarpien, 557.

— Ostéomyélite, 555.

— Ostéomyélite chronique du 2^e —, 555.

— Pression dans l'axe d'un —, pour la recherche d'une fracture, 546.

— Tuberculose, 557.

Métatarsiens. Exploration d'une fracture métatarsienne; pression dans l'axe, 734.

— Fracture des quatre premiers —, à leur extrémité antérieure, 735.

— Luxations, 732.

— Luxation dorsale des quatre derniers —, 732.

— Tuberculose du 1^{er} —, avec abcès, 741.

— — Exploration, 742, 743.

Môle hydatiforme, 305.

Môle hydatiforme; hystérectomie abdominale, 305.

Mollet. Ballotement, pour la recherche de la douleur dans les phlébites, 708.

— Exostoses, 695.

— Hématomes, 694.

Morris. Point de — dans l'appendicite, 236.

— Quadrilatère de — (rein), 273.

Munro. Point de — dans l'appendicite, 236.

N

Naso-pharyngien. Polype, 30, 31.

Neuro-fibromatose généralisée, 113 (Voy. Main).

Nez. Épithélioma de l'aile du —, 38.

— Fracture des os du —, 17.

— Polypes muqueux, 40 (Voy. Rhinophyma).

Nuque, 85.

— Abcès, adéno-phlegmons, 87.

— Abcès froids, 88.

— Abcès froid médian de la nuque, 88.

— Fibromes aponévrotiques, 87.

— Kystes, 87.

— Kyste sanguin de la —, 87.

— Lipomes, 86.

— Gros lipome de la nuque, 85. (Voy. Lipomes).

— Palper des deux trapèzes, 95 (Voy. Rachis).

O

Occipital. Mal sous —, 93.

— Phlegmon et abcès sous —, 87.

Occlusions et pseudo-occlusions, 357.

Odontomes, 37, 46.

Olécrâne. Fractures, 509.

— divers types, 509, 510, 511.

— exploration d'une fracture, 509.

— Hématome, ancien et volumineux, de la bourse séreuse retro-olécrânienne, 524.

— Hygroma rétro-olécrânien, 523.

Ombilic. Cancres secondaires, 162.

— Cancer secondaire de l'ombilie, 162.

— épithélioma, 162.

— excroissances fongueuses, 162.

— Fistules, 161.

Ombilical. Abcès sous — de Heurtaux, 160.

— Gros abcès, sous et péri-ombilical, 161.

Ombilicale. Grosse hernie —, 153.

— Grosse hernie —; essai de réduction, 154.

— Région —, 222 (Voy. Ascite).

Omoplate. *Exploration*, 473.
 — Fractures, 473.
 — Sarcomes. — Tumeurs, 487.
 — Sarcome de l'—, 488.
 — Tuberculose, 484 (Voy. Épaule, Scapulaire (sous —, etc.)
Onyxis syphilitiques multiples, 747.
 Orbite. Épithélioma, 27.
 — épithélioma étendu aux paupières et à la tempe, 27.
 Orbitaire. Région péri et sus-orbitaire, 26.
 Orchite scléro-gommeuse, 401.
 Orchi-épididymites aiguës, 398.
 — — chroniques, 399.
 — — tuberculeuses, 403. (Voy. Testicule).
 Orteils. Fractures para-articulaires, 733.
 — Luxations, 732.
 — Luxation dorsale du gros orteil, 733.
 — — de la phalangette du gros orteil, 734.
 — en marteau, 745 (Voy. Onyxis).
 Ovaire. Épithélioma, 330.
 — Épithélioma kystique, 327.
 — Gros épithélioma compact de l'ovaire, 329.
 — Épithélioma des deux ovaires, 367.
 — Hématome, 327.
 — Hernies, 374.
 — Kystes, 307.
 — Kyste dermoïde, 310.
 — Gros kyste de l'—. Palper, 308, 309, 310.
 — Kystes épithéliomateux, papillaires, 311.
 — Kystes latéraux, 311.

CE

Œsophage. Perforation et médiastinite, 129.

P

Paget. *Maladie de* —, 147 (Voy. Sein).
 Palais. Divisions congénitales, 51.
 — Division médiane du voile du palais, d'origine gommeuse, 51.
 — Tumeurs, 51.
 Panaris, 547.
 — propagé aux gaines, 548.
 — du pouce; exploration de la gaine, 548.
 — ancien, osseux, fistuleux, 550.
 — ancien du pouce; exploration, 549, 550, 551.
 — de Morvan, 558 (Voy. Gangrène symétrique des extrémités).

Panaris. Pouce raccourci et rétracté, à la suite d'un panaris avec phlegmon de la gaine, 551.
 — Rétraction des deux derniers doigts, consécutive à un — de l'auriculaire avec phlegmon de la gaine, 552.
 Pancréas. Kystes, 218, 225.
 — Fistules, 225.
 Pancréatiques. Absès, 234.
 Pancréatico-cholécystienne (zone) (Voy. Biliaires).
 Parotide. Épithélioma, 32.
 — Épithélioma et paralysie faciale, 33.
 — Épithélioma de la région parotidienne, 39.
 — Exploration d'un petit noyau parotidien, 31.
 — Grosse tumeur mixte, indolente, et sans paralysie faciale, datant de dix ans, 32.
 — Tumeurs, 31.
 — Tumeur mixte, et paralysie faciale, 33.
 Paupières. Épithélioma des deux —, de la joue et de la tempe, 39.
 Paupière inférieure. Épithélioma, 38.
 Pectorales. Tumeurs intra —, 113.
 — Exploration d'une tumeur intra-pectorale, 112.
 Pectoraux. Absès sous —, 110.
 — Exploration aux deux pouces, 110.
 Pelvi-rectal supérieur. Absès, 416.
 — fistule, 417.
 Pénis. Induration des corps caverneux, 413.
 Péri-arthrite. Scapulo-humérale, 475.
 — exploration, 476, 477.
 — coxo-fémorale, 596.
 — du genou, 646.
 Péricarde, 99.
 Péricardites avec épanchement, 124. (Voy. Cardiaque).
 Périnée, 406, 413.
 — exploration, chez la femme, 351.
 — fistules urinaires, périnéales, 413.
 — Kyste congénital, 413.
 Périnéphrétiques. Absès, 234, 287.
 — Palper antéro-postérieur, dans le décubitus latéral, lors de phlegmon —, 287.
 Péritonite, 357.
 — à pneumocoques, 368.
 Péroné. Fractures basses, 722.
 — — hautes, 723.
 — ostéomyélite, 702.
 — Tumeurs, 700.
 Phalanges. Ostéomyélite, 554.
 — Tuberculose (Voy. Spina ventosa).
 Pharynx, 52.
 Phimosis, 412.

- Phlébites du membre inférieur, 709 (Voy. Mollet).
- variqueuses, 708.
- Phlegmon ligneux, 59, 75, 111, 161.
- Phrénique. Abscès sous —, 218.
- gazeux, 220.
 - Abscès sous-phréniques, 219.
- Pied. Epithélioma cutané du dos du —, rabattu en opercule au-dessus des orteils, 749.
- Epithélioma cutané de la plante, 749.
 - Fibro-lipome, 748.
 - Gangrènes, 750.
 - — par gelure, 751.
 - — par embolie, 751.
 - — endartéritique, 752.
 - — diabétique, 751.
 - — sèche des orteils, 752.
 - — du pied; examen de la tibiale postérieure, de la poplitée, de la fémorale, 753.
 - — Les artères, dans un cas de gangrène sénile, endartéritique, 753.
 - Kystes synoviaux, 750.
 - Lymphangite et ulcérations tuberculeuses, 746.
 - Tabétique, 744.
 - Traumatismes, 727.
 - Tumeurs du dos du —, 748.
 - Ulcérations et fistules, 745 (Voy. Mal perforant).
- Pieds-bots. Congénitaux, 754.
- Paralytiques, 755.
 - Secondaires aux lésions ostéo-articulaires, tendineuses ou phlébitiques, 756.
- Pied-bot équin, congénital, 754.
- plat acquis, unilatéral, 757.
 - plat congénital, bilatéral, 758.
 - plat valgus douloureux, 758.
 - plat valgus, vue postérieure, 758.
 - — exploration du long péronier latéral, 759.
 - — Contracture du long péronier latéral: valgus combiné au pied creux, 759.
 - varus, unilatéral, 755.
 - varus équin, bilatéral, congénital, 755.
 - varus équin paralytique; exploration, 756, 757.
- Pleurésie purulente généralisée, 120.
- interlobaire, 121 (Voy. Poumon).
- Pneumatose kystique de l'intestin, 252.
- Pneumothorax, 107 (Voy. Médiastinal).
- Poignet. Affections phlegmoneuses aiguës, 597.
- Arthrites aiguës, 559.
 - Poignet. Arthro-synovites aiguës et chroniques, 559.
 - Entorses, 540 (Voy. Carpe).
 - Examen des deux poignets et des deux mains, rapprochés symétriquement, 562.
 - Luxation, 542.
 - Ostéo-arthrite tuberculeuse, 568.
 - Subluxation spontanée du poignet en avant, 569.
 - Synovites aiguës, 560.
 - — chroniques, 560.
 - Exploration d'une synovite du —, 561.
 - Traumatismes, 535 (Voy. Avant-bras, Dos de fourchette, Radius).
 - Tumeur blanche, 562.
 - — Exploration, 563.
 - Zones accessibles de l'articulation du —, 559 (Voy. Avant-bras, Main).
- Poplitée (Creux). Abscès, adéno-phlegmon, 679.
- Abscès froids, 685.
 - Anévrysmes, 681.
 - — diffus, 683.
 - Anévrysme poplitée, 681.
 - — sacculaire, 681.
 - — fusiforme à double poche, 682.
 - — artério-veineux, 683.
 - Exostoses, 686.
 - Exostose poplitée, 685.
 - Exploration, 679.
 - Kystes, 685.
 - Kyste bilatéral du creux poplitée, 684.
 - Kyste du creux poplitée, recherche de la réductibilité, 685.
 - Tumeurs diverses, 685.
- Position inclinée. (Voy. Gynécologie; Fibromes utérins; Kystes de l'ovaire).
- Pouce. Fractures, 545.
- Fracture de la base du premier métacarpien (Fracture de Bennett), 546.
 - Luxations, 543.
 - Luxation dorsale, complète, 544.
 - Luxation palmaire, 544.
- Poumon. Abscès interlobaire, matité absolue, centrale, et matité périphérique, 122.
- repérable par l'aisselle, 123.
 - « suspendu », 123.
 - Foyers localisés, 122.
 - Kyste hydatique, 124.
 - Limite décline, 103 (Voy. Empyème, Thorax).
- Précordiale. Plaies de la région —, 110.
- Prépuce, 412 (Voy. Phimosis, Gland).
- Prostate, 410.
- Abscès, 410.

Prostate. Tuberculose, 411.
 — Hypertrophie, 411.
 Psoas. Hygroma de la bourse séreuse du —, 612.
 Psoïtis, 256.
 Ptose abdominale, 151 (Voy. *Abdomen*).
 Pubis. Ostéomyélite, 266.
 — Tuberculose, 266.
 Pubien. Absès sus — 265 (Voy. *Retzius*).
 — *Palper sus* —, en position inclinée, 270.
 Pylore. *Cancer squirrheux* du —, 213.
 — — du pylore et de la zone pré-pylorique :
 forme infiltrée, squirrheuse, 204.
 — — du pylore, *forme végétante*, 205.
 — — du pylore et de la moitié droite
 de l'estomac, *forme végétante*,
 205.
 — *Palper* de la région pylorique, 211, 212,
 213, 214.
 — *Sténose* : *ulcère calleux*, 204.
 — — *presque oblitérante, par brûlure*, 206
 (Voy. *Estomac*).
 Pyométrie, 307.
 — *col oblitéré; pas de fibrome ni d'épithé-*
 lioma, 306.
 — *avec épithélioma diffus de la muqueuse*
 utérine, 306.
 Pyonéphrose, 282 (Voy. *Rein*).
 Pyo-salpinx, 325.
 — *double*, 326.
 — *accolé au bord de l'utérus*, 322.
 — *droit; salpingo-ovarite gauche; utérus*
 fibromateux, 317 (Voy. *Gynécologie*).

R

Rachidiennes. Déviations, 437.
 — Cyphoses et lordoses, 437.
 — Ostéomyélites, 93.
 — Tumeurs, 442 (Voy. *Mal de Pott, Scoliose, Vertébral*).
 Rachis. Entorse, 428.
 — Exploration, 423.
 — — de la mobilité et de la musculature
 du —; *flexion*, 424.
 — —; *extension*, 425.
 — fractures, 424.
 — — apophysaires, 427.
 — cervical. Arthrites, 92.
 — exploration, 89.
 — techniques d'exploration, 89, 90, 91.
 — Mal de Pott, 93.
 — traumatismes, 91.

Radius. Fracture de l'extrémité inférieure
 du —, 536 (Voy. *Dos de fourchette;*
Poignet).
 Radiale. Exploration de la tête —, 512.
 — Luxations isolées de la tête —, en
 avant, 511.
 — *Luxation de la tête — en avant et en*
 dehors, avec fracture du tiers supérieur
 du cubitus, 512.
 — Paralytic, 437.
 — — : *main tombante*, 494.
 Rate. Absès, 200.
 — Grosses rates, 192.
 — Hématomes péri-spléniques, 199.
 — Kystes hydatiques, 197.
 — — à développement thoracique, 199.
 — Gros kyste de la —. *Palper*, 197, 198.
 — *Palper* de la —, 192, 193, 194, 195, 196.
 — Percussion, 196.
 — Ptose, 193.
 — *Projection pariétale : Kystes hydatiques*,
 191.
 — Topographie, 190.
 Rectocèle, 339 (Voy. *Utérus*).
 Recto-vaginales (fistules) (Voy. *Vagin*).
 Rectum. Exploration, 422.
 — Polypes, 419.
 — Prolapsus, 419.
 — — *exploration*, 420, 421.
 — *Toucher*, 409, 410.
 — — dans l'appendicite, 236 (Voy. *Appen-*
 dicite).
 Rhinophyma, 40.
 Rein, 273.
 — *Adéno-sarcome, chez un enfant*, 283.
 — *Cancer*, 283.
 — Exploration, 273.
 — flottant, 278.
 — Gros reins, 278.
 — Kyste hydatique du rein droit, 281.
 — Grosses tumeurs kystiques, 280.
 — *Palper*, 274, 275, 276, 277.
 — Points douloureux, 279.
 — Recherche du point costo-musculaire, 279.
 — Polykystique, à bosselures peu saillantes,
 284.
 — Situation, 273.
 — Tuberculose, 283.
 — Gros — tuberculeux, 284.
 — Tuberculeux calcifié, 278, 279.
 — Tumeurs solides, 283 (Voy. *Hydroné-*
 phrose, Périnéphrétiques, Pyonéphrose).
 Rénale. Tumeurs para —, 285.
 — Tumeur para — polykystique, 285.
 — Gros fibro-myome pararénel, 286.

Rénaux. Abscès anté —, 234.
 — Gros épanchements capsulaires, péri-
 —, 287.
 Rétroflexion, rétroversion (Voy. *Utérus*).
 Retzius. Abscès pré-vésical de —, 266.
 Rotule. Fractures, 640.
 — *Fracture haute, petit fragment très haut*
rétracté, 641.
 — — *transversale, avec saillie en avant du*
fragment inférieur, 640.
 — Sarcomes, 677.
 — Tuberculose, 657.
 — — *rotulienne*, 658.
 Rotulien. Hématome pré —, 633.
 — *Hygroma aigu pré* —, 646.
 — *Ostéome du ligament* —, 677.
 — *Recherche du choc* —, 634.
 — Ruptures du ligament —, 642.
 — — du tendon —, 641.
 Rovsing. Recherche de la douleur appen-
 diculaire par le procédé de —, 236.

S

Sacralisation de la cinquième lombaire,
 455.
 Sacrée. Tumeur congénitale de la région —,
 446.
 — *Fibro-sarcome sous-cutané* —, 447.
 Sacro-coccygienne (région). Fistules con-
 génitales, 445.
 — — Kystes, 445.
 — — Tumeurs, 446.
 Sacro-coxalgie, 453.
 — avec abcès; exploration, 454.
 Sacro-iliaque. Entorse, 451.
 — *Exploration de la symphyse* —, 453.
 Sacrum. Fractures, 451.
 Salpingo-ovarites, 316.
 — Abscès annexiel du cul-de-sac latéral
 (schéma), 322.
 — *Salpingite chronique; nodosité de la corne*
utérine et de la portion initiale de la
trompe, 328.
 — *Salpingite tuberculeuse, noueuse*, 328.
 — *Salpingo-ovarite kystique, bilatérale*, 320.
 — Tuberculose annexielle, 329 (Voy. *Hydro-*
salpinx, *Pyo-salpinx*).
 Sarcomes musculaires, 490.
 — sous-cutanés multiples, 112.
 Scapulaire. Collections sous —, 484.
 — *Exploration de l'espace sous* —, 488.
 Scapulalgie, 479.
 Scapulalgie. Forme sèche, 480.

Scapulalgie droite, 480.
 — gauche, vue antérieure, 481.
 — *Exploration*, 481, 482.
 Sciatique. Névralgie et névrite, 603.
 — *Recherche de la douleur (signe de Lasègue)*,
 602.
 Scoliose. Statique, 437.
 — « *Ischias scoliotica* », 437.
 — essentielle, 438.
 — *Exploration*, 438, 439, 440, 441, 442.
 Sein, 131.
 — Abscès, 133.
 — — tubéreux, 131 (Voy. *Galactopharite*).
 — Cancer, 138.
 — — atrophique, 144.
 — — en cuirasse, 144.
 — — épithélioma intra-canaliculaire,
 145.
 — — *exploration*, 139, 140, 141.
 — — formes initiales, 144.
 — — ganglions, 140.
 — — *infiltration néoplasique diffuse, simu-*
lant la mammité, 146.
 — — en masse, 144.
 — — métastases (plèvre et poumon;
 foie; rachis), 143.
 — — nodules cutanés, 141.
 — — du sein, avec nodules épithélioma-
 teux de la peau, 141.
 — — *noyau cancéreux ulcéré, et ganglion*
axillaire, chez un homme, 147.
 — Fibro-adénome, 134.
 — *Fibrome kystique énorme*, 137.
 — *Fibro-sarcome kystique*, 137.
 — *Hypertrophie bilatérale*, 136.
 — — du sein gauche, 136.
 — Lymphangites, phlegmons, abcès, 131.
 — Maladie kystique, 136.
 — Phlegmon diffus, 132.
 — Sarcomes, 138.
 — Tuberculose, 136.
 — Tumeurs, 133.
 — — *Exploration d'une tumeur bénigne*
du sein (fibro-adénome), 134.
 — — de l'angle supéro-externe, sous-
 axillaire, 135.
 — Ulcérations et fistules, 146 (Voy. *Paget*,
maladie de —).
 Sigmoïde (Anse). Cancer, 259.
 Sigmoïdiennes. Perforations, 253.
 Sigmoïdite stercorale, 253.
 — Péri — suppurée, 254, 266.
 — — *exploration*, 254 (Voy. *Fosse iliaque*
gauche).
 Sinusite frontale, 9.

Sourcil. Kystes et tumeurs, 26, 51.
 Spermatique (Cordon). *Exploration*, 397.
 — Kystes, 395, 404.
 — Tumeurs, 404, 405 (Voy. *Déférent, Testicule, Varicocèle*).
 Spigel. Hernie de la ligne de —, 153.
 Spina bifida, 442.
 — latent, 443.
 Spina ventosa, 558.
 — *bilatéral*, 557.
 — (*radiographie*), 557.
 Spinal. Branche externe, 55.
 Spléniques. Abscès péri —, 200.
 — Hématomes péri —, 199.
 Stercorales (Tumeurs), 258.
 Sternal. Abscès du creux sus —, 58.
 — *Palper* —, 54.
 Sternale. *Fistule* — *par ostéo-périostite typhique*, 126.
 — *Ostéomyélite*, 110.
 Sternaux. Abscès froids pré —, 114.
 — Kystes pré —, 111.
 Sterno-claviculaires. *Exploration des articulations* — *par le rapprochement en avant et en dedans des deux épaules*, 65.
 — tumeurs blanches, 65.
 Sterno-mastoidien, 55.
 — Phlegmon sous —, 58.
 — *Palper sous* —, 59. (Voy. *Torticolis*).
 Sternum. Fractures, 103.
 — signe du cordeau, 96.
 Syndactylie, 566.
 — *bilatérale*, 567.

T

Talalgie, 759.
 Talon. *Épithélioma* du —, 748.
 Tarsalgie (Voy. *Pieds-bots*).
 Tarse. *Exploration du bord interne du* —, 731 (Voy. *Pied*).
 Testicule, 375, 395.
 — Abscès chauds, 399.
 — Abscès froids; leur siège, 403.
 — Ectopie et hernie, 378.
 — *ectopie bilatérale*, 378-379.
 — — *et bubonocèle*, 375.
 — — *exploration*, 376, 377.
 — — *iliaque droite, bourse gauche normale*, 378.
 — — *Sus-inguinale; testicule à peu près normal de volume et de consistance*, 380.
 — *Exploration du testicule*, 395, 396, 397.
 — Inversion, 393.

Testicule. Néoplasmes, 402.
 — *Séminome*, 402.
 — Syphilis, 400.
 — Tuberculeuse, 399.
 Thénar. Abscès de l'éminence —, 554.
 Thyro-hyoidien. Espace —, 54.
 Thyroïde (cartilage), 54.
 — (corps), 76.
 — — Abscès, 58.
 — — Kystes médians isthmiques, 61.
 — — *Kyste du corps thyroïde*, 76, 77.
 — — Tumeurs du —, 80.
 — — *Néoplasme du lobe droit*, 81.
 — — *Gros néoplasme encapsulé*, 82 (Voy. *Goitre*).
 Thyroïdien. Abscès pré —, 57.
 Thoracique. Gros abscess froids de la paroi — *antérieure*, 114, 115.
 — Affections endo —, 119.
 — *Amplexation*, 120.
 — *Exploration de la paroi — de haut en bas, avec les doigts infléchis des deux mains*, 121. (Voy. *Plèvre, Poumon*).
 Thorax. Affections inflammatoires aiguës, pariétales, 110.
 — Attritions larges de la paroi, 106.
 — carré (emphysémateux), 126.
 — *L'espace inter-scapulaire*, 100.
 — fistuleux, 125.
 — Lignes axillaires, 99.
 — Lignes directrices transversales de la face postérieure, 101.
 — long, face postérieure, 102.
 — Phlegmon large, 111.
 — Repères et lignes de direction, 95.
 — — *de la face antérieure. — Aire cardiaque; bords pulmonaires antérieurs*, 96.
 — Traumatismes, 102.
 — Tumeurs, 111.
 Tibia. *Épithélioma* du —, 697.
 — Fractures condyliennes, 643.
 — *Fracture du condyle externe et du col du péroné*, 644, 645 (Voy. *Cou-de-pied, Jambe*).
 — Ostéomyélite décline, 738.
 Tibiale. Arrachement de la tubérosité — *antérieure*, 642.
 — Développement de la tubérosité antérieure du tibia, 642.
 — *Épithélioma de la bourse séreuse pré* —, 676.
 Tibio-péronier. Diastasis, 723.
 — Point —, 719 (Voy. *Cou-de-pied*).
 Tibio-tarsienne. Arthrites chroniques, 739.

Tibio-tarsienne. Entorse, 721.
 — Luxation — *en arrière avec fracture du péroné*, 713.
 — *avec fracture marginale postérieure du tibia*, 714.
 — *en dedans*, 717.
 — *en dehors*, 716.
 — Ostéo-arthrite tuberculeuse, 740.
 — *exploration*, 739, 741, 743.
 Torsions, 360 (Voy. *Épiploon*, *Fibromes utérins*, *Kystes de l'ovaire*, *Ligament large*).
 Torticolis, 84.
 — *postérieur*, 93.
 Triceps brachial. *Exploration*, 517.
 — *Gros noyau de tuberculose musculaire*, 499.
 Trochanter (grand). *Exploration*, 579, 613.
 — *Fractures partielles*, 582.
 — *Hyperostose du sommet*, 610.
 — — *du bord postérieur*, 611.
 Trochanter (petit). *Arrachement*, 582.
 — *Chondro-sarcome, récidivé*, 615.
 — *Tumeurs*, 615.
 Trochantérienne (Région), 613.
 — *Fistules*, 614.
 — *Fistules ostéomyélitiques, trochantériennes*, 614.
 Trochantérites aiguës, — chroniques, 613.

U

Unguéale. Exostose sous —, 750.
 Uretere. *Palper*, 280.
 Urétéraux. Points douloureux, 279 (Voy. *Rein*).
 Urèthre, 406.
 — *Calculs*, 410.
 — *Exploration*, 407, 408.
 — *Palper du bulbe*, 406.
 — *Rupture traumatique*, 406.
 (Voy. *Gland*, *Cowpérite*, *Prostate*).
 Urèthre chez la femme, 331.
 — *Abcès sous-urétral*, 332 (Voy. *Vulve*).
 — *Épithélioma; urèthre néoplasique réséqué*, 335.
 — — *propagé à la vulve*, 340.
 Uréthrocèle, 334.
 Uréthro-vaginal. *Fibrome*, 334.
 — *Gros fibro-myome*, 333, 336.
 — *Kyste*, 333.
 Urine (Infiltration d'—), 407.
 Urinaires (Fistules). (Voy. *Périnée*).
 Urineux (Abcès), 407.

Utérus. Antéflexion, 318.
 — — (schéma), 318.
 — *ballant*, 318.
 — *Cancer du corps*, 354.
 — *Cancer du col*, 353.
 — *Gros col néoplasique végétant, et fibrome du corps*, 352.
 — *Col de l'—*, 331, 340, 348, 350.
 — — *Allongement hypertrophique sous-vaginal*, 362.
 — *Col métritique*, 352.
 — *Col ouvert*, 350.
 — — *fibromes du col*, 348.
 — — *polype muqueux du col*, 350.
 — *Fibromes*, 289.
 — — *Exploration*, 289, 296, 298, 299.
 — *Fibrome antérieur, rétro-vésical*, 291.
 — — *intra-ligamentaires*, 293, 294, 295.
 — — *kystique du fond de l'utérus*, 302, 303.
 — — *mou, « violet »*, 301.
 — — *à pédicule anciennement rompu par torsion, et enveloppé d'épiploon*, 301.
 — — *pédiculés multiples*, 300.
 — — *postérieur, pré-rectal*, 292.
 — — *rétro-cervical*, 292.
 — — *sous-muqueux*, 291.
 — — *tordu*, 300.
 — — *et hématosalpinx*, 304.
 — — *et grossesse*, 302.
 — — *et lésions annexielles*, 303.
 — *Gros fibromes « abdominaux »*, 304.
 — *Inversion*, 349.
 — *Polype fibreux intra-utérin*, 290.
 — *Prolapsus de l'—*, 339.
 — — *examen du col abaissé*, 342.
 — — *examen de l'—*, 343.
 — — *total, avec large ulcération*, 344.
 — *Rétroflexion, rétroversion*, 317.
 — — (schémas), 319.
 — — *rétroflexion avec fibrome calcifié du fond*, 319, 320.
 Utéro-vaginal. *Polype*, 348.
 — *Polype fibreux —*, 348.

V

Vagin, 331, 344.
 — *Brides et cloisonnements*, 344.
 — *Cloisonnement profond, incomplet, cicatriciel*, 345.
 — *Fistules, urinaires, fécales*, 345.
 — — *recto-vaginales*, 345.
 — — *fistule recto-vaginale basse*, 347.
 — — *vésico-vaginales*, 345.

- Vagin. Œdème et infiltration, 345.
 — Tumeurs, 345.
 Vaginal. Toucher : le col et les culs-de-sac, 343.
 Vagino-pelvienne. *Exploration* —, 312, 313, 314, 315.
 Varices, 706.
 — Complications, 708 (Voy. *Phlébite*).
 — *Grosses varices de la saphène interne à droite, de la saphène externe à gauche*, 706.
 — *Tumeur variqueuse localisée*, 707.
 — *lymphatiques de la verge, du scrotum, et de la cuisse*, 606.
 Varicocèle, 405.
 — *Exploration*, 405.
 Ventre. Gros — grassex, sans ptose, 152.
 — — *ptosique; épreuve de la sangle*, 151.
 — Les gros ventres, 356 (Voy. *Abdomen*).
 Vertébrales. *Abscès froid dorsal médian; ostéite tuberculeuse de deux apophyses épineuses*, 435.
 — *Fistules médio — ou latéro —*, 436.
 — *Ostéites tuberculeuses périphériques*, 431.
 — *Ostéomyélites*, 436.
- Vésical. Kyste hydatique rétro — (Voy. *Hypogastrique*).
 Vésicule biliaire (Voy. *Biliaires*).
 Vésico-vaginales. *Fistules* (Voy. *Vagin*).
 Vessie. *Exstrophie*, 271, 272.
 — *Hernies de la —*, 374.
 Vulve, 331.
 — *Abscès* (Voy. *Bartholinite*).
 — *Epithélioma*, 338.
 — — *de la grande lèvre droite*, 339.
 — *Examen de la région méatique*, 331.
 — — *péri-méatique*, 332.
 — *Kystes*, 337.
 — *Kystes de la petite lèvre gauche*, 336.
 — *Ulcérations*, 337.
 — *Ulcère tuberculeux de la grande lèvre gauche*, 338.

X

- Xiphoïde. Appendice, 97, 116.
 — *Gros fibro-sarcome de l'—, faisant relief à la région épigastrique*, 117.
 Xiphoïdien. Palper sous — (Voy. *Épigastrique*).



Juin 1923.

MASSON ET C^{IE}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
129, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

Félix LEJARS

Exploration Clinique et Diagnostic Chirurgical

1 vol. in-8 grand raisin de 782 pages, avec 907 figures originales.

Relié toile. 60 fr. net

Broché. 50 fr. net

CET ouvrage est un livre de diagnostic, ou mieux un *livre de métier* destiné, le malade étant en face du clinicien, à guider les premières pensées et les premiers actes de celui-ci.

Devant telle ou telle affection régionale, à quoi penser? — comment explorer? — Ce livre, par la masse des documents qu'il présente, donnera à ceux dont la pratique est encore limitée les suggestions et les directions qu'on peut recevoir d'un aîné. On *explorera*, selon une technique précise, et c'est parce qu'il enseigne cette technique, qu'il apprend au médecin à regarder, à palper, à percuter, à mobiliser, que cet ouvrage est un livre de métier.

A qui s'adresse l'ouvrage? Aux étudiants, à tous les jeunes et en premier lieu aux praticiens : non seulement à ceux qui opèrent, mais à ceux qui, sans la réaliser de leurs mains, devront penser à l'opération et en apprendre les indications.

Les documents, photographies, dessins de ce livre, constituent une iconographie exceptionnelle de plus de 900 figures.

***Toute commande de livres doit être accompagnée
de son montant en une valeur sur Paris, aug-
menté de 10 % pour frais de port et d'emballage.***

Pr. 159

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

NOUVEAU TRAITÉ DE MÉDECINE

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE MM. LES PROFESSEURS

G.-H. ROGER

F. VIDAL

P.-J. TEISSIER

Secrétaire de la Rédaction : Marcel GARNIER

Le Nouveau Traité de Médecine formera :
22 FASCICULES grand in-8°, avec nombreuses figures dans le texte, en noir et en couleurs, et planches hors texte en couleurs, sous une élégante 1/2 reliure toile dos plat.

Fascicules parus :

FASCICULE I. Maladies infectieuses. 1 vol. de 482 pages avec 55 fig. dans le texte et 3 planches en coul., relié : **35 fr. net**

G.-H. ROGER. *Notions générales sur les Infections.* — A. SACQUÉE. *Les Septicémies.* — G.-H. ROGER. *Les Streptococcies.* — P. MENETRIER et H. STÉVENIN. *Pneumococcie.* — P. MENETRIER et H. STÉVENIN. *Pneumonie.* — M. MACAIGNE. *Staphylococcie. Entéroccoccie. Psittacose. Infections à Tétragènes, à Cocco-bacilles, à Diplobacilles, à Protéus.* — A. VEILLON. *Infections putrides et gangreneuses.* — Ch. DOPTER. *Méningococcie.* — M. HUDELO. *Gonococcie.*

FASCICULE II. Maladies infectieuses (suite). 1 vol. de 765 pages avec 89 figures et 8 planches en couleurs. **50 fr. net**

P.-J. TEISSIER et M. DUVOIR. *Scarlatine.* — P.-J. TEISSIER. *Rubeole. Quatrième maladie, Cinquième maladie. Rougeole. Varicelle. Variole.* — P.-J. TEISSIER et L. TANON. *Vaccine.* — PAUL RAVAUT. *Le Zona, les Herpès et les Fièvres herpétiques.* — P.-J. MENARD. *Fièvre aphteuse.* — JULES RENAULT. *Suette miliaire.* — G.-H. ROGER. *Charbon.* — CHARLES NICOLLE et

E. CONSEIL. *Typhus exanthématique*. — P. LONDE. *Coqueiuche*. — P.-J. TEISSIER et EISMEN. *Oreillons*. — E.-C. AVIRAGNET, B. WEILL HALLÉ, P.-L. MARIE. *Diphthérie*. — J. CAMUS et J.-J. GOURNAY. *Tétanos*. — M.-H. BARBIER. *Le Rhumatisme articulaire aigu*. — H. DE BRUN. *Dengue, Fièvre de Papataci*.

FASCICULE III. Maladies infectieuses (suite). 1 vol. de 564 pages, 62 fig. et 4 pl. en couleurs, relié. . . . 40 fr. net

F. WIDAL, A. LEMIERRE et P. ABRAMI. *Fièvres typhoïde et paratyphoïdes*. — F. WIDAL et A. LEMIERRE. *Colibacillose*. — CH. DOPTER. *Dysenteries*. — M.-A. RUFFER et MILTON CRENDIROPOULO. *Choléra*. — SACQUÉPÉE. *Botulisme. Fièvre de Malie*. — R.-P. STRONG. *Fièvres des tranchées*. — P. MENETRIER et H. STÉVENIN. *Grippe*. — E. SACQUÉPÉE et GARCIN. *Peste*. — AZEVEDO SODRÉ. *Fièvre jaune*.

FASCICULE IV. Maladies infectieuses et parasitaires.

1 vol. de 709 pages avec 134 figures dans le texte et 5 planches en couleurs, relié. 40 fr. net

Ch. DOPTER. *Maladie de Heine-Medin*. — MAY. *Encephalite léthargique*. — FERRÉ. *Rage*. — H. ROGER. *Tuberculose en général*. — P. COURMONT. *Septicémies tuberculeuses*. — H. ROGER. *Pseudo-Tuberculoses bacillaires*. — P. COURMONT et A. DUFOURT. *Morve*. — PERRIN. *Lèpre*. — GUIART. *Verruga*. — LAEDERICH. *Actinomycose. Aspergilliose*. — LANGERON. *Oosporoses. Mycétoïdies. Sporotrichoses. Blastomycoses*. — BRUMPT. *Spirochétoses en général*. — NICOLAS. *Syphilis*.

FASCICULE V. Maladies infectieuses et parasitaires (fin). — **Cancer.** 1 vol. de 740 pages avec 335 figures et 4 planches en couleurs 50 fr. net

R. DEMANCHE. *Chancre simple. Granulome des organes génitaux*. — CH. JOYEUX. *Goundou, Pian et Bouba*. — CHARLES NICOLLE et L. BLAIZOT. *Fièvres récurrentes*. — D. THIBAUT. *Sodoku*. — H. VINCENT et J. RIEUX. *Le paludisme. La Fièvre bilieuse hémoglobinoïdique*. — CHARLES NICOLLE. *Kala Azar, Bouton d'Orient*. — CH. JOYEUX. *Trichinose*. — J. GUIART. *Filariose, Strongylose, Distomatose, Coccidiose, Sarcosporidiose*. — F. DÉVÉ. *Échinococcose, Cysticercose*. — E. BRUMPT. *Les Trypanosomoses humaines, les Bilharzioses*.

GUSTAVE ROUSSY et MAURICE WOLF. *Le Cancer*.

FASCICULE VI. Intoxications. 1 vol. de 506 pages avec 23 fig. dans le texte et 3 planches en couleurs, relié. 35 fr. net

H. ROGER. *Intoxications en général.* — PINARD. *Saturnisme. Intoxications par le cuivre, l'étain, le zinc.* — BALTHAZARD. *Phosphorisme. Arsenicisme. Hydrargyrisme. Intoxications par l'oxyde de carbone, le gaz d'éclairage, l'hydrogène sulfuré, le sulfate de carbone, les hydrocarbures.* — CLERC et L. RAMOND. *Intoxications par les gaz de guerre.* — TRIBOULET et MIGNOT. *Alcoolisme.* — RÉNON. *Caféisme et théisme.* — DUPRÉ et J.-B. LOGRE. *Intoxications par l'opium et ses dérivés, la cocaïne, le chanvre indien, l'éther.* — RÉNON. *Tabagisme.* — THIBAUT. *Intoxications diverses.* — SACQUÉPÉE. *Intoxications alimentaires.* — LANGERON. *Intoxications par les champignons.* — RÉNON. *Intoxications par le Kawa.* — GARNIER. *Intox. par l'acide picrique.*

FASCICULE VII. Avitaminoses. Maladies par agents physiques. Troubles de la nutrition. 1 vol. de 552 pages avec figures, relié. 35 fr. net

G.-H. ROGER. *Vitamines et Avitaminoses.* — E.-P. BENOIT. *Scorbut.* — G. ARAOZ ALFARO. *Scorbut infantile.* — ALDO PERRONCITO. *La Pellagre.* — E. SACQUÉPÉE. *Béribéri.* — A. CALMETTE. *L'intoxication par les venins; la sérothérapie.* — PH. PAGNIEZ. *Maladies déterminées par l'Anaphylaxie.* — PAUL COURMONT. *Maladie Sérique.* — J.-P. LANGLOIS et LÉON BINET. *Maladies par agents physiques.* — PAUL LE GENDRE. *Troubles et maladies de la nutrition.*

FASCICULE XII. Pathologie de l'Appareil respiratoire (suite), 1 vol. de 506 pages avec 56 fig. et 10 pl. en couleurs, relié 45 fr.

M. LETULLE et P. HALBRON. *La Tuberculose pulmonaire.* — Pseudo-Tuberculoses Pulmonaires. — HARVIER et MARCEL PINARD. *Pathologie de la Plèvre.* — L. RIBADEAU-DUMAS. *Pathologie du Médiastin et Adénopathies Trachéo-Bronchiques.*

FASCICULE XIII. Pathologie de l'Appareil digestif (Bouche, Pharynx, Œsophage, Estomac). — 1 vol. de 808 pages avec 119 fig. et 4 pl. en couleurs, relié. 50 fr.

L. BABONNEIX et H. DARRÉ. *Pathologie de la Bouche.* —

Pathologie du Pharynx. — R. BENSAUDE et L. RIVET. *Pathologie de l'Œsophage.* — P. LE NOIR et E. AGASSE LAFONT. *Pathologie de l'Estomac.*

FASCICULE XV. Affections des glandes salivaires, du pancréas et du péritoine, 1 vol. de 564 pages avec 133 fig. et 2 planches en couleurs, relié 40 fr.

E. PARMENTIER et E. CHABROL. *Pathologie des glandes salivaires.* — Du Pancréas. — PAUL LONDE. *Affections aiguës du Péritoine.* — MACAIGNE. *Affections chroniques du péritoine.* — F. DÉVÉ. *Kystes hydatiques du péritoine.*

Pour paraître prochainement :

FASCICULE VIII. Affections des glandes endocrines. Troubles du développement. (Sous presse.)

FASCICULE XI. Pathologie de l'Appareil respiratoire (Nez, Larynx, Trachée, Bronches, Poumons). — 1 vol. avec 61 fig. et 2 planches en couleurs (Sous presse.)

FASCICULE XIV. Pathologie de l'Appareil digestif (Intestin). (Sous presse.)

En préparation :

FASCICULE XVI. Pathologie du Foie.

FASCICULE XVII. Pathologie des Reins.

FASCICULES XVIII à XXI. Pathologie du système nerveux (Sémiologie générale) — Cerveau et Cervelet — Bulbe — Nerfs crâniens — Méninges — Moelle — Nerf sympathique — Névroses).

FASCICULE XXII (et dernier). Pathologie des Muscles, Os et Articulations.

Dr A. MARTINET

Thérapeutique

Clinique

Avec la collaboration des Docteurs
DESFOSSÉS, G. LAURENS, Léon MEUNIER, LOMON,
LUTIER, MARTINGAY, MOUGEOT, POIX,
SAINT-CÈNE, SÉGARD et TERSON.

DEUXIÈME ÉDITION

1 vol. in-8° de 1510 pages avec 351 figures dans le texte et de nombreux tableaux. Broché. 65 fr. net. - Relié. . 70 fr. net

UNE bonne thérapeutique clinique implique :

Un *diagnostic correct* et intégral embrassant la cause, le mécanisme physiopathologique et la localisation de la maladie. Cet exposé des méthodes conduisant au diagnostic, le praticien l'a trouvé dans le volume *Diagnostic clinique* du même auteur.

Une *connaissance précise* et suffisamment approfondie des agents techniques thérapeutiques que nous possédons.

Une *adéquation*, soit rationnelle, soit empirique, des *moyens thérapeutiques*, dont nous disposons aux *accidents* que nous avons à combattre. Ces deux points sont l'objet de la *Thérapeutique clinique* dont la 2^e édition reparaît et où le médecin trouve, non seulement les ressources thérapeutiques nouvelles, mais encore la raison et le pourquoi de ces thérapeutiques.

MODIFICATIONS APPORTÉES A CETTE DEUXIÈME ÉDITION

Tout en ayant conservé le plan général et l'ordonnance des chapitres, cette 2^e édition diffère de la première par d'innombrables modifications et quelques additions essentielles.

Les chapitres se rapportant à la *colloïdothérapie*, aux *intoxications*, au traitement usuel des *affections auriculaires*, des *affections oculaires*, à la *technique des injections intratrachéales* et *injections intracardiaques*, à la *syphilis*, ont été très augmentés; le chapitre consacré aux sanatoria et celui consacré aux *affections de l'appareil respiratoire* ont été refondus.

D^r A. MARTINET

Diagnostic Clinique

avec la collaboration des Docteurs :

DESFOSSÉS, G. LAURENS, Léon MEUNIER, LUTIER,
SAINT-CENE, TERSON

QUATRIÈME ÉDITION

1 vol. grand in-8 de 1040 pages avec une riche illustration de
892 figures dont 31 en couleurs. Broché. . 55 fr. net
Relié. . . 60 fr. net

CETTE quatrième édition a encore subi de très nombreux remaniements destinés à faire état des acquisitions les plus récentes de la clinique diagnostique. La plupart de ces modifications portent sur : *La rénovation de la sérologie syphilitique, la technique de l'épreuve hémoclasique de Widal appliquée à la recherche de l'insuffisance hépatique.* Enfin un *Tableau schématique des états clinico-physio-pathologiques, subordonné au tonus neuro-vasculaire*, permettra, d'autre part, de saisir d'un coup d'œil la synthèse actuelle de ces états sympathicotoniques, vagotoniques et neurotoniques appelés à jouer un rôle de plus en plus grand dans l'interprétation de maints phénomènes morbides.

D^r A. MARTINET

Les Angines de poitrine

Le syndrome clinique — Pathogénie — Pronostic — Thérapeutique
Pratique médicale

1 vol. de 140 pages avec 35 figures et 4 planches, de la collection
"Médecine et Chirurgie pratiques" 8 fr. net

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

Gaston LYON

Ancien Chef de Clinique médicale à la Faculté de Paris

Traité élémentaire de Clinique Thérapeutique

DIXIÈME ÉDITION

1 fort volume grand in-8° de 1840 pages, broché. . . 65 fr. net
Relié toile. 70 fr. net

G. LYON

Ancien Chef de clinique
à la Faculté de Médecine.

P. LOISEAU

Ancien préparateur
à l'École Supérieure de Pharmacie.

Formulaire Thérapeutique

12^e Édition

1 volume de 863 pages 25 fr. net

L. CHEINISSE

Chargé du « Mouvement Thérapeutique » dans la *Presse Médicale*

L'Année Thérapeutique

ANNÉE 1920. 1 volume de 144 pages. Épuisé
ANNÉE 1921. 1 volume de 160 pages. Épuisé
ANNÉE 1922. 1 volume de 208 pages. 7 fr. net

L'infection bacillaire et la Tuberculose

chez l'homme et chez les animaux

par **A. CALMETTE**

Sous-Directeur de l'Institut Pasteur de Paris.

DEUXIÈME ÉDITION

1 vol. grand in-8 de 644 pages avec 30 fig. dans le texte et
25 planches inédites hors texte en couleurs. . . . 50 fr. net

L'ACCUEIL fait à ce livre, tant à l'étranger qu'en France, a été tel qu'en peu de semaines la première édition en fut épuisée.

Cette deuxième édition, au courant des travaux les plus récents, a été complétée par un important chapitre sur les tentatives actuellement poursuivies dans de nombreux laboratoires et qui ont pour objet la « *Chimiothérapie de la Tuberculose* ».

• Ainsi exposée en un ensemble aux proportions bien calculées, la question de la Tuberculose acquiert toute son ampleur. Le tableau est brossé à traits assez larges pour qu'on en saisisse facilement l'ensemble et cependant les diverses parties comportent assez de détails pour pouvoir documenter l'homme de laboratoire, le médecin ou le vétérinaire. »
(*La Presse Médicale.*)

• Ouvrage d'érudition, certes, mais aussi et surtout ouvrage d'un savant dont les idées personnelles marquent leur empreinte à chaque page. »
(*Revue de la Tuberculose.*)

• Les lecteurs trop modestes pourront être effrayés par les connaissances étendues et précises de l'auteur et reculeront devant la lecture d'un tel ouvrage. Mais le génie de Calmette réside dans sa simplicité d'expression et la clarté de sa pensée...

• ... L'usage qu'il fait de la pathologie et de la médecine comparées est nouveau et en tous points admirable. »

(*The British Medical Journal.*)

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

G.-H. ROGER

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris.
Professeur de Pathologie expérimentale et comparée.
Membre de l'Académie de Médecine.

Physiologie

normale et pathologique

du Foie

1 vol. de 400 pages, avec 16 figures 22 fr. net

CE livre a pour but de fixer l'état actuel de la science et les orientations à prévoir. Il fait passer en revue la plupart des fonctions de l'organisme, nécessite des incursions continuelles sur le terrain de la chimie biologique, montre l'intervention constante de la glande dans la plupart des transformations que subissent les matières organiques. Il a donc une portée très vaste et peut servir d'introduction à l'étude de la physiologie générale.

Maurice LETULLE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Boucicaut.

Inspection — Palpation

Percussion — Auscultation

Leur pratique en clinique médicale

TROISIÈME ÉDITION, REVUE ET CORRIGÉE

1 volume de 337 pages avec 133 figures expliquées et 12 planches de radiographies normales hors texte 14 fr. net

CE ouvrage est un *album commenté* des gestes indispensables que tout élève en médecine doit savoir exécuter dès ses débuts.

Ch. ACHARD

Professeur de Clinique
Médicale à la Faculté de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine.

Léon BINET

Interne des hôpitaux de Paris
Chef de Laboratoire
À la Faculté de Médecine

Examen Fonctionnel Du Poumon

1 vol. de 156 pages avec 66 figures et schémas . . . 12 fr. net

DANS la première partie sont étudiées la circulation de l'air dans les poumons et les conditions physiologiques dont elle dépend.

Dans la deuxième sont exposées les recherches qui concernent les actes chimiques de la respiration, dans lesquels le poumon n'intervient que comme une membrane perméable, propice aux échanges, mais dans lesquels le clinicien peut puiser des notions précieuses sur la respiration des tissus et la nutrition des organes.

F. DUMAREST et Ch. MURARD

La Pratique du Pneumothorax thérapeutique

DEUXIÈME ÉDITION REVUE ET AUGMENTÉE

par

F. DUMAREST

et

P. BRETTE

Médecin en chef
des Sanatoriums
Mangini et Bellignieux à Hauteville

Ancien interne des hôpitaux de Lyon
Médecin assistant
au Sanatorium Mangini à Hauteville

1 vol. de 356 pages avec 12 planches hors texte . . . 18 fr. net

ÉTUDE d'ensemble du pneumothorax artificiel, dans laquelle l'auteur fournit à la fois des indications complètes sur la technique, les appareils, les accidents possibles et, d'autre part, les règles médicales que le médecin traitant doit observer.

Cette 2^e édition a été modifiée sur plusieurs points importants : conduite de la cure, physiologie pathologique du pneumothorax, complications pleurales ; emploi compare de la thoracoplastie extrapleurale et du pneumothorax, etc...

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

G. MARION

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière (service Civile)

Traité d'Urologie

2 vol. grand in-8 formant ensemble 1050 pages, avec 418 figures
en noir et en couleurs dans le texte et 15 planches hors texte
en couleurs formant 81 figures. Reliés toile. . 120 fr. net

LE livre du Dr Marion se présente comme un *Traité complet d'Urologie* et embrasse à la fois la description clinique des maladies, les procédés d'examen, d'exploration et de diagnostic, l'anatomie pathologique, enfin et surtout le traitement médical et la technique de l'intervention chirurgicale; c'est dire qu'il s'adresse non pas seulement au spécialiste des maladies des voies urinaires, mais encore à tout médecin qui veut éclairer ou enrichir sa pratique de toutes les connaissances qui dans le domaine restreint d'une spécialité évoluent si vite et gagnent chaque jour en précision, en sécurité et en efficacité.

Iser SOLOMON

Radiologiste de l'hôpital Saint-Antoine.

La Radiothérapie

Profonde

1 volume de 152 pages avec 42 figures, de la collection "Médecine et Chirurgie pratiques". 9 fr. net

CETTE monographie donne en 3 chapitres les bases de la Radiothérapie profonde, la technique employée, les résultats cliniques obtenus.

G. MARION

Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière,
(Service Civile.)

M. HEITZ-BOYER

Professeur agrégé de chirurgie
des voies urinaires à la Faculté,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Traité Pratique de Cystoscopie

et de Cathétérisme Urétéral

DEUXIÈME ÉDITION REFONDUE

1 vol. in-8 grand raisin de 480 pages avec 60 planches hors-texte en noir et couleurs. 100 fr. net

LE succès de la première édition a été tel que, paru un mois avant la guerre, cet ouvrage s'est trouvé complètement épuisé. Une deuxième édition s'imposait, complétée des nombreux perfectionnements qu'ont rencontrés depuis quelques années la technique de la cystoscopie et du cathétérisme.

Dans cette seconde édition, les auteurs n'ont plus établi de distinction aussi tranchée entre la cystoscopie à vision inversée ou redressée. Le chapitre concernant les notions optiques et l'interprétation des images a été entièrement remanié. Une part importante a été faite à l'urétro-cystoscopie.

Dans la seconde partie de l'ouvrage, la pyélographie, le chapitre de l'exploration fonctionnel et celui des interventions cystoscopiques, ont été entièrement réécrits. On y trouvera les nouveaux appareillages et instrumentation, ainsi que les applications nouvelles concernant les traitements.

Quant au fond et quant au but poursuivi, ils sont restés les mêmes ; — les auteurs ont fourni aux urologues un exposé complet des connaissances endoscopiques : les débutants y trouveront les notions élémentaires. Les spécialistes, en présence d'un cas difficile, y chercheront l'exposé de l'expérience d'autrui. Enfin, les auteurs ont mis, à la portée de tout chirurgien général, les notions nouvelles qui leur permettent, par des explorations très particulières et délicates, d'éviter des erreurs de diagnostic et des complications opératoires.

MASSON ET C^e ÉDITEURS

Henri HARTMANN

Professeur de clinique chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de Médecine,
Membre de la Société de chirurgie

Chirurgie des Voies Biliaires

TRAVAUX DE CHIRURGIE (5^e SÉRIE)

Avec la collaboration de :

MM. BOPPE, prosecteur; HAUTEFORT, ancien aide d'anatomie;
PETIT-DUTAILLIS, prosecteur; RENAUD, médecin des hôpitaux;
ULRICH, chef de clinique adjoint; VIRENQUE, ancien aide
d'anatomie.

I volume de 356 pages, avec 87 figures. 30 fr. net

CET ouvrage contient une série de mémoires sur la *Chirurgie des Voies biliaires* : I. Statistique opératoire; II. Anatomie macroscopique de la vésicule biliaire; III. Pathogénie de la lithiasé biliaire et des cholécystites; IV. Étude clinique de la lithiasé biliaire et des cholécystites; V. Étude anatomo-pathologique et biologique des cholécystites; VI. Résultats expérimentaux de l'ablation de la vésicule biliaire; VII. Technique des opérations sur les voies biliaires; VIII. Quelques opérations rarement pratiquées sur les voies biliaires; IX. Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées sur les voies biliaires; X. Les indications opératoires dans les maladies des voies biliaires; XI. De la maladie décrite sous le nom de kyste idiopathique du cholédoque; XII. Le cancer de l'ampoule de Vater.

Jean GUISEZ

Diagnostic et Traitement des Rétrécissements de l'Œsophage et de la Trachée

1 volume de 360 pages avec 216 figures et deux planches en couleurs 30 fr. net

L'ŒSOPHAGOSCOPIE a modifié considérablement les idées qu'on se faisait jusque-là sur la pathologie œsophagienne et en rendant possible un diagnostic *de visu*; elle a permis d'instituer, dans les cas de rétrécissements de l'œsophage et de la trachée, une thérapeutique nouvelle.

Le Dr Guisez était particulièrement qualifié pour familiariser le médecin avec ces méthodes et ces techniques nouvelles. Vingt ans d'examen, de soins, d'opérations sous l'œsophagoscope, un nombre total d'observations dépassant 2 000 lui assurent, dans ce domaine, une autorité incontestable.

L'œsophagoscope a montré que, sur le vivant, la conformation, l'aspect de l'œsophage semblent tout à fait différents de ce qu'ils sont sur le cadavre.

La physiologie enseigne, en outre, que l'œsophage est un véritable organe qui possède un rôle évident dans la déglutition des aliments, en particulier des aliments solides. Le rôle très actif de la bouche œsophagienne; l'existence d'un sphincter supérieur et inférieur d'une fermeture constante de la bouche de l'œsophage en particulier, jettent un jour tout nouveau sur la pathogénie des spasmes, des diverticules et des grandes dilata-tions dites autrefois idiopathiques de l'œsophage.

S'appuyant sur les données fermes d'un diagnostic précis et d'une pathogénie rationnelle, la thérapeutique des rétrécissements de l'œsophage a fait, elle aussi, de réels progrès. Il est possible, sous endoscopie, de traiter, de façon efficace, les rétrécissements cicatriciels et inflammatoires de l'œsophage et d'instituer, dans le cancer de cet organe, une thérapeutique qui a donné les résultats les plus encourageants.

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

H. VIGNES

Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

Physiologie Obstétricale Normale et Pathologique

Préface du Professeur A. COUVELAIRE

1 volume de 456 pages, avec figures 22 fr. net

CE livre est une mise au point des données physiologiques susceptibles de guider le clinicien dans l'analyse des états pathologiques qu'il observe chez la femme gravide ou parturiente et dans le choix des moyens thérapeutiques dont ces états pathologiques peuvent être justiciables.

R. SABOURAUD

Laboratoire Municipal de la Ville de Paris
à l'Hôpital Saint-Louis

Entretiens Dermatologiques

à l'école Laïller (Hôpital Saint-Louis)

SÉRIE NOUVELLE. — PREMIER VOLUME

1 volume de 336 pages avec 23 figures. 18 fr. net

1^o *Affections du cuir chevelu* : Hygiène, alopecies, pitiasis, favus, emploi des alcalis, traitement de la séborrhée.

2^o *Dermatologie* : Séborrhéides, streptococcies, diagnostic de la gale, eczémas, les intertrigos mycosiques, leucoplasie idiopathique, ongles marbrés, psoriasis, eczémas, etc.

3^o *Vénérologie* : Prophylaxie, suppositoires mercuriels, particularités de diagnostic, arsénobenzol et mercure, hérédosyphilis.

A.-B. MARFAN,

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hospice des Enfants Assistés,
Membre de l'Académie de Médecine.

Les Affections des Voies digestives

dans la première enfance

1 volume de 702 pages, avec 39 figures et 2 planches. 35 fr. net

B IEN que dans la première enfance, l'étude des affections des voies digestives soit étroitement liée à celle de l'Alimentation, l'auteur laisse volontairement de côté tout ce qui s'y rapporte et qui a été exposé dans son *Traité de l'Allaitement*, se bornant à rappeler sur ce point certaines notions capitales.

L'ouvrage s'ouvre par une étude d'ensemble sur l'anatomie pathologique, l'étiologie et la pathogénie, des affections de l'estomac et de l'intestin dans la première enfance suivie d'une classification de ces affections. C'est l'objet de la première partie.

La deuxième partie est consacrée aux *affections avec prédominance des vomissements*, l'auteur étudie complètement l'affection qu'il sépare du rétrécissement congénital du pylore et lui donne le nom de *maladie des vomissements habituels*.

La troisième partie est consacrée aux *affections avec prédominance de la diarrhée*; elle s'ouvre par une étude sur la coprologie du nourrisson et comporte la description des *diarrhées communes* (divisées suivant le mode d'alimentation), de la *diarrhée cholériforme*, de l'*entéro-colite dysentérique*, des *diarrhées spécifiques* et du *mélèna des nouveau-nés*.

Dans une autre partie, sont traitées les affections avec prédominance de la constipation. On y trouve la description de diverses formes de constipations, en particulier de celle qui vient du mégacolon.

La cinquième partie est consacrée à l'étude de la dénutrition dans le premier âge, c'est-à-dire de l'hypothrèpsie et de l'athrèpsie; l'auteur y a développé la condition spéciale de ces états.

Le livre se termine par une étude de l'intolérance du jeune enfant pour le lait et par une discussion sur les rapports de cette intolérance avec l'anaphylaxie.

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

L^r C. ELLIOT R. H.

Médecin chef Honoraire
de l'Hôpital Ophtalmologique de Madras.

Ophtalmologie Tropicale

Traduction française par

Dr COUTELA

Ophtalmologiste
des Hôpitaux de Paris

Dr MORRAS

Ophtalmologiste
de l'Hôpital Marie-Feuillet à Rabat

1 vol. in-8° de 360 pages avec 7 planches et 117 fig. 30 fr. net

DANS la première section dans laquelle l'auteur expose les causes multiples des maladies des yeux.

Il fait connaître ensuite pour chaque maladie la nature, l'étiologie, l'évolution, les techniques applicables, les complications et indications post-opératoires, la statistique, le traitement et la prophylaxie.

Félix TERRIEN,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Ophtalmologiste de l'Hôpital Beaujon.

Sémiologie Oculaire

La Calotte Cornéo-Sclérale

Anatomie — Physiologie — Pathologie

1 volume de 260 pages, avec 144 figures. 25 fr. net

Pour le spécialiste et pour le médecin général, la calotte cornéo-sclérale est la plus directement accessible. Son examen facile, ses réactions fréquentes permettent de dépister une syphilis, une tuberculose, etc., et donnent souvent des résultats remarquables.

Restant avant tout sur le terrain clinique, l'auteur s'attache à traiter le tableau d'ensemble des différents processus qui se rencontrent dans les affections de la calotte et à en rechercher la valeur sémiologique.

F. de LAPERSONNE,

Professeur de Clinique
Ophtalmologique.

A. CANTONNET

Ophthalmologiste
de l'Hôpital Cochin.

Manuel de Neurologie oculaire

DEUXIÈME ÉDITION

1 volume de 416 pages avec 113 figures et 4 planches en couleurs. 20 fr. net

LES acquisitions considérables de la neurologie oculaire dans ces dix dernières années, la tendance des jeunes générations médicales à approfondir davantage l'étude des problèmes quelle soulève, justifient la publication de cette 2^e Édition.

En effet ce livre ne s'adresse pas seulement aux ophtalmologistes et aux neurologistes; il permet aux médecins non spécialistes de reconnaître les manifestations oculaires nerveuses de telle ou telle affection générale.

Les auteurs décrivent les différents appareils nerveux de l'œil : *Appareil oculaire moteur. Appareil oculaire sensoriel.* (Appareil de la vision). *Appareil oculaire sensitif. Appareil oculaire vaso-moteur et sécrétoire*, les symptômes de leurs lésions et la séméiologie de ces symptômes. Ils passent en revue les troubles oculaires dans les différentes maladies : *Affections locales ou de voisinage. Affections du système nerveux, de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire et du sang. Affections des reins, de l'appareil génital. Affections dyscrasiques ou par auto-intoxication. Intoxications, maladies infectieuses.*

Dans cette 2^e partie, les auteurs ont créé dans cette édition de nouveaux chapitres pour exposer les connaissances récentes sur les lésions du *grand sympathique*, les troubles *parkinsonniens*, les *syndrômes hypophysaires*, l'*encéphalite léthargique*, les *affections neuro-oculaires familiales*, la *rétinite azotémique*, les *avitaminoses*, etc.

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

H. VIOLLE
Professeur d'Hygiène
à l'École de Médecine de Marseille.

R. WIBAUX
Auditeur au Conseil supérieur
d'Hygiène

Manuel de Législation Sanitaire française

A l'usage des Inspecteurs départementaux d'Hygiène, des Directeurs de Bureaux d'Hygiène, des Médecins sanitaires maritimes, des Délégués sanitaires et des Médecins des Epidémies.

1 volume in-8° de 254 pages. 12 fr. net

ACTUELLEMENT, la législation sanitaire française n'a pas encore été groupée de façon rationnelle, de sorte que l'hygiéniste praticien est astreint à des recherches pénibles pour trouver le texte législatif exact par lequel il pourra étayer son travail.

En attendant qu'un code sanitaire officiel et complet, analogue au code de travail, vienne armer les fonctionnaires qui protègent la santé publique, les auteurs de ce petit manuel ont groupé les principaux documents dont à chaque instant l'hygiéniste a besoin.

D^r MAILLON

L'Expertise

DEVANT LA JUSTICE DE PAIX
dans les

Accidents du Travail

1 vol. de 76 pages. 5 fr. net

CE n'est pas un traité complet d'expertise : l'auteur condense en quelques articles les notions générales et les renseignements spéciaux relatifs à la compétence de la juridiction cantonale.

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

COLLECTION DE PRÉCIS MÉDICAUX

E. BRUMPT

Professeur à la Faculté de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine.

Précis de

Parasitologie

TROISIÈME ÉDITION

1 volume de 1200 pages avec 743 figures et 6 planches hors texte
en noir et en couleurs. — Broché, 44 fr ; Cartonné, 50 fr.

LE Précis de parasitologie de M. Brumpt n'est pas seulement un ouvrage réservé aux étudiants en médecine. Très heureusement conçu, il présente à ces derniers un exposé clair et succinct de la science parasitologique actuelle. Mais, en outre, grâce à une habile disposition typographique, l'auteur y a fait entrer une foule de détails qui font de cet ouvrage un traité très complet, permettant aux médecins de tous pays, tempérés ou tropicaux, de résoudre toutes les difficultés du diagnostic des maladies parasitaires.

Pour mettre cet ouvrage au courant des grands progrès qu'a faits la science parasitologique depuis 1913, M. Brumpt a travaillé depuis plusieurs années à le remanier entièrement, il l'a beaucoup augmenté et a renouvelé une grande partie de l'illustration, et a fait ainsi de ce volume une œuvre absolument au point et qui, pendant de longues années encore, enseignera à tous ceux qui le consulteront les dernières découvertes de la science.

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

COLLECTION DE PRECIS MEDICAUX

Précis de
Pathologie Médicale

PAR

F. BEZANÇON, MARCEL LABBÉ, LÉON BERNARD, J.-A. SICARD,
A. CLERC, P. EMILE WEILL,
PHILIBERT, S.-I. DE JONG, A. SEZARY, CH. FOIX,
PASTEUR VALLERY-RADOT, G. VITRY, MARCEL BLOCH

*Sera complet en 6 volumes qui se vendront br. 120 fr. et
cart. 150 fr. Chaque vol. séparément, br. 20 fr., cart. 25 fr.*

TOMES PARUS

TOME II. Maladies de l'appareil respiratoire, par
F. BEZANÇON, professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
médecin de l'hôpital Boucicaut et S. I. DE JONG, médecin des
hôpitaux de Paris.

1 volume de 566 pages avec 85 figures et 2 planches en couleurs.

TOME IV. Maladies du sang et des organes hématopoiétiques,
par P. EMILE WEILL, médecin de l'Hôpital Tenon et MARCEL
BLOCH, chef de Laboratoire à la Faculté de Paris.

Maladies des reins, par PASTEUR VALLERY-RADOT, médecin des
Hôpitaux de Paris.

1 volume de 628 pages, 150 figures, 4 planches en couleurs.

TOME V. Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition,
par MARCEL LABBÉ, professeur à la Faculté de Médecine de
Paris, médecin de l'hôpital de la Charité et G. VITRY, ancien
chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

1 volume de 790 pages, 316 figures, 2 planches en couleurs.

AUTRES TOMES A PARAÎTRE

Tome I. Maladies Infectieuses et Intoxications par F. Bezançon,
Philibert, Léon Bernard.

Tome III. Maladies du cœur et des vaisseaux par M. A. Clerc.

Tome VI. Maladies du Système nerveux par M. Sicard et Ch. Foix.
Glandes endocrines par A. Sezary.

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

COLLECTION DE PRECIS MEDICAUX

G.-H. ROGER

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Introduction à l'Etude de la Médecine ==

7^e édition. 1 vol. de 812 pages, broché. 22 fr. net; cartonné. 25 fr. net

G. WEISS

Professeur à la Faculté de Paris.

Précis de Physique biologique ==

5^e édition, 576 pages, 584 figures. Broché. 18 fr. net
Cartonné. 22 fr. net

M. ARTHUS

Professeur de Physiologie à l'Université de Lausanne.

Précis de Physiologie ==

6^e édition. 1 vol. de 978 pages et 326 figures. Broché. . . 25 fr. net
Cartonné. . . 28 fr. net

M. ARTHUS

Précis de Chimie physiologique ==

9^e édition. 1 vol. de 452 pages, 115 fig., et 5 planches.
Broché. . 20 fr. net; Cartonné. . 22 fr. net

M. ARTHUS

Précis de Physiologie Microbienne ==

1 vol. de 408 pages. Broché . 17 fr. net Cartonné. . 19 fr. net

M. LAMBLING

Professeur à la Faculté de Médecine de Lille.

Précis de Biochimie ==

Edition, 1 vol. de 408 pages. Br. . . 25 fr. net Cart. 27 fr. net

F. BEZANÇON

Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Précis de Microbiologie Clinique ==

3^e édition. 600 pages, 200 figures, 7 planches en couleurs.
Broché. . . 30 fr. net — Cartonné. . . 35 fr. net

Précis de Pathologie Chirurgicale

PAR MM.

P. BÉGOÛIN, H. BOURGEOIS, P. DUVAL, GOSSET,
E. JEANBRAU, LECENE, LENORMANT, R. PROUST, TIXIER

TROISIÈME ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE

TOME I. — Pathologie chirurgicale générale, Tissus, Crâne et Rachis. 1152 pages et 387 figures.

TOME II. — Tête, Cou, Thorax. 890 pages et 385 figures.

TOME III. — Glandes mammaires, Abdomen, Appareil génital de l'homme, 1068 pages et 320 figures.

TOME IV. — Appareil urinaire, Gynécologie, Fractures et luxations, Affections des membres, 1162 pages et 384 figures.

Prix de chacun des volumes : Broché. 25 fr. net Cartonné toile. 28 fr. net

H. ROUVIÈRE

Professeur agrégé, Chef des travaux anatomiques à la Faculté de Médecine.]

Précis d'Anatomie et Dissection ==

Tome I. — 3^e édition : Tête, cou, membre supérieur.

Tome II. — 3^e édition : Thorax, abdomen, bassin, membre inférieur.

Chaque volume. Broché 22 fr. net ; cartonné 25 fr. net

POIRIER

Professeur d'Anatomie à la Faculté.

BAUMGARTNER

Ancien Prosecteur

Précis de Dissection ==

4^e édition. 1 vol. de xxiii-360 pages, avec 241 figures dans le texte.

Broché 10 fr. net ; cartonné 12 fr. net

Aug. BROCA

Professeur d'opérations et appareils à la Faculté de Médecine de Paris

Précis de Médecine Opératoire ==

2^e édition. 510 figures dans le texte, broché. 14 fr. net

cartonné 16 fr. net

COLLECTION DE PRÉCIS MÉDICAUX (Suite)

M. LANGERON

Chet de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris.

Précis de Microscopie =

3^e édition. 1 vol. de 916 pages avec 292 figures. Broché. . . 30 fr. net
Cartonné. . 34 fr. net

L. BARD

Professeur de clinique médicale à l'Université.

Précis d'Examens de Laboratoire employés
en Clinique

4^e édition. 1 vol. in-8 de 830 pages avec 162 figures. Broché. 32 fr. net
Cartonné. 35 fr. net

A. RICHAUD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
Docteur ès sciences.

Précis de Thérapeutique et Pharmacologie =

5^e édition. 1 vol. de 1016 pages, broché. 27 fr. net; cartonné. 30 fr. net

J. COURMONT

Professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Lyon.

Précis d'Hygiène =

2^e édition, revue par Paul COURMONT, prof. d'hygiène à la Fac. de Lyon,
et A. ROCHAIX, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.
1 vol. de 880 pages avec 227 figures. Broché 32 fr. net. Cartonné 35 fr. net

NOBÉCOURT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Précis de Médecine des Enfants =

4^e édition
1 vol. de 1024 pages avec figures. Broché. 30 fr. net Cart. 34 fr. net

V. MORAX

Précis d'Ophthalmologie =

3^e édition. 1 vol. avec 450 figures et 4 planches en couleurs.
Broché. . . . 34 fr. net; cartonné. . . . 37 fr. net

J. DARIER

Médecin de l'hôpital Broca.

Précis de Dermatologie =

3^e édition. 1 vol. avec figures. En réimpression.

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

COLLECTION DE PRÉCIS MÉDICAUX (Suite)

ÉI. MARTIN

Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon.

Précis de Déontologie == et Médecine professionnelle
2^e édition. 1 vol. de 344 pages. Br. 13 fr. net Cart. 15 fr. net

LACASSAGNE

Professeur de médecine légale
à l'Université de Lyon.

Étienne MARTIN

Professeur
à la Faculté de Médecine de Lyon.

Précis de Médecine Légale ==

3^e édition. 1 vol. de 752 pages, avec 115 fig. Broché. . . 27 fr. net
Cartonné. . . 30 fr. net

L. LANDOUZY **Léon BERNARD**

**Eléments d'Anatomie
et de Physiologie Médicales**

DEUXIÈME ÉDITION PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE L. BERNARD,
Professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

PAR MM.

LÉON BERNARD, GOUGEROT, HALBRON, S. I. DE JONG,
LAEDERICH, LORTAT-JACOB, SALOMON, SEZARY, VITRY

1 vol. de 867 pages avec 337 fig. et 4 pl. en couleurs. 50 fr. net

P.-J. MORAT

Professeur
à l'Université de Lyon.

Maurice DOYON

Professeur adjoint
à la Faculté de Médecine de Lyon.

Traité de Physiologie

TOME I. — Fonctions élémentaires 18 fr. net

TOME III. — Fonctions de nutrition. — Circul. — Calorif. 15 fr. net

TOME IV — Fonctions de nutrition (suite et fin). — Respiration,
excrétion. — Digestion, absorption, avec 167 figures. . 15 fr. net

TOME V ET DERNIER. — Fonctions de relation et de reproduction
1 vol. gr. in-8 avec 221 figures en noir et en couleurs. 28 fr. net

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

PRÉCIS DE TECHNIQUE

G. ROUSSY

Professeur agrégé,
Chef des Travaux d'Anatomie pathologique
à la Faculté de Paris.

I. BERTRAND

Externe des Hôpitaux de Paris,
Moniteur des Travaux pratiques d'anatomie
pathologique.

Travaux pratiques
d'Anatomie Pathologique

en quatorze séances

2^e édition, 240 pages, 114 figures 12 fr. net

Gustave ROUSSY

Professeur agrégé.
Chef des Travaux d'anatomie pathologique

Roger LEROUX

Moniteur des Travaux pratiques
d'Anatomie pathologique

Diagnostic des Tumeurs

TRAVAUX PRATIQUES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. 2^e SÉRIE

1 vol. de 352 pages avec 129 figures. 25 fr. net

Christian CHAMPY

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

Manuel d'Embryologie

1 vol. de 216 pages avec 200 fig. originales et 6 pl. en coul. 12 fr. net

H. BULLIARD

Préparateur d'Histologie à la Faculté de Paris.

Ch. CHAMPY

Professeur agrégé à la Faculté de Paris

Abrégé d'Histologie

VINGT LEÇONS AVEC NOTIONS DE TECHNIQUE

TROISIÈME ÉDITION REMANIÉE

1 vol. de 356 pages avec 207 fig. et 6 planches en couleurs. 15 fr. net

COLLECTION DU MEDECIN PRATICIEN

L'OBJET de cette collection : Dire au médecin traitant tout ce qu'il doit savoir d'une spécialité, lui indiquer les méthodes les meilleures de diagnostic ou de traitement — les lui décrire avec des détails assez minutieux pour lui permettre de les appliquer sans mécompte et le conduire ainsi jusqu'au seuil qu'il ne peut dépasser par ses propres moyens; — lui permettre d'autre part de guider le spécialiste dont il recherchera le concours et auquel il doit apporter un diagnostic précis; lui apprendre, enfin à utiliser pour le traitement tous les renseignements que la consultation, le laboratoire ou l'opération lui auront fournis.

D^r GUY-LAROCHE

2^e Édition

**Examens de Laboratoire
du Médecin praticien**

Avec Préface du Professeur CHAUFFARD

1 vol. in-8, de 415 p., 117 fig. et 1 pl. en couleurs
rel. cart. souple. 22 fr. net

D^r Pierre RÉAL

2^e Édition

**Stomatologie
du Médecin praticien**

1 vol. in-8 de 290 pages avec 169 fig., rel. cart. souple. 15 fr. net

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

G. LAURENS

4^e Edition

Oto-Rhino-Laryngologie
du Médecin praticien

1 vol. in-8 de 468 p. avec 593 g., rel. carton souple. 22 fr. net

Gaston LYON

Consultations pour les
Maladies des Voies digestives

1 vol. de 300 pages, relié carton souple. 16 fr. net

FLORAND et GIRAULT

Diagnostic et Traitement
des affections du tube digestif

1 volume de 412 pages, 62 figures. 18 fr. net

D^r Alb. TERSON

2^e Edition

Ophtalmologie
du Médecin praticien

1 vol. in-8 de 550 p. avec 356 fig. 26 fr. net

M. DIDE et P. GUIRAUD

Psychiatrie
du Médecin praticien

1 vol. de 416 pages in-8 avec planches hors texte. . . 20 fr. net

MAISON ET C^e, ÉDITEURS

COLLECTION

" MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES "

CES petites monographies pratiques complètent les grands traités et les manuels pratiques. On y trouvera une information rapide et complète sur tous les sujets d'actualité.

Iser SOLOMON,

La Radiothérapie profonde

1 volume de 152 pages avec 42 figures. 9 fr. net

J. FIOLE

Le Curettage utérin

Indications — Technique — Accidents — Résultats

1 volume 136 pages avec 28 figures. 8 fr. net

Alfred MARTINET

Les Angines de poitrine

*Le syndrome clinique — Pathogénie — Pronostic — Thérapeutique
Pratique médicale*

1 volume de 140 pages avec 35 figures et 4 planches. . . 8 fr. net

Paul RAVAUT

2^e Édition

Syphilis, Paludisme, Amibiase

Le traitement d'attaque et les traitements secondaires

1 volume de 224 pages. 9 fr. net

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

A. CHAUFFARD

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
Membre de l'Académie de médecine.

La Lithiase biliaire

DEUXIÈME ÉDITION

1 volume de 247 pages avec 24 planches hors texte . . 20 fr. net

M. BRULÉ

Recherches sur les Ictères

1 vol. in-8 de 280 pages. 3^e édition revue et augmentée. 9 fr. net

D^r MANOEL DE ABREU

Radiodiagnostic

dans la Tuberculose Pleuro-Pulmonaire

1 vol. de 168 pages avec 31 figures dans le texte et 16 planches
radiographiques hors texte originales. 15 fr. net

R. LUTEMBACHER

Les nouvelles Méthodes d'Examen du Cœur en Clinique

1 vol. de 186 pages, avec 138 figures originales. . . 20 fr. net

Henri LECLERC

Précis de Phythothérapie

Essai de Thérapeutique par les plantes françaises

1 volume de 398 pages. 12 fr. net

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

A.-C. GUILLAUME

Les Occlusions aiguës et sub-aiguës de l'Intestin

Clinique, expérimentation, thérapeutique

1 volume de 304 pages avec 21 figures. 12 fr. net

T. DE MARTEL

Edouard ANTOINE

Les fausses appendicites

Étude clinique, radiologique et thérapeutique des
Syndromes douloureux du cæcum et du côlon proximal

1 volume de 184 pages avec 29 figures et 10 planches. . . 10 fr. net

Louis TIMBAL

Ancien chef de clinique médicale.
Préparateur à la Faculté de médecine de l'Université de Toulouse.

Les diarrhées chroniques

Étude clinique, coprologique et thérapeutique

1 volume de 270 pages avec figures. 12 fr. net

R. GOIFFON

Manuel de Coprologie Clinique

1 vol. de 232 pages, 36 fig., 2 pl. en couleurs. . . . 12 fr. net

M. LOEPER

Médecin de l'Hôpital Tenon.

Leçons de Pathologie digestive

(CINQUIÈME SÉRIE)

1 volume de 348 pages avec 53 figures. 15 fr. net

Ouvrages du Docteur MARTINET.

Eléments de Biométrie ==

1 vol. in-8 de 192 pages, avec 82 figures. 2^e édition . . . 12 fr. net

Les Aliments usuels ==

1 vol. in-8 de 360 pages avec fig. Deuxième édition revue. 5 fr. net

Thérapeutique Usuelle des Maladies de la Nutrition

1 vol. in-8 de 429 pages, en collaboration avec le D^r Legendre. 6 fr. net

Clinique hydrologique ==

1 vol. in-8 de 646 pages. 8 fr. net

Les Agents physiques usuels ==

1 vol. in-8 de 650 pages avec 170 fig. et 3 planches hors texte. 9 fr. net

D^r LÉMANSKI

L'Art pratique de Formuler ==

5^e édition. 1 volume de 325 pages. 15 fr. net

ARMAND-DELILLE et NÈGRE

**Techniques du Diagnostic
par la Méthode de
Déviation du Complément**

Avec utilisation spéciale de la méthode de Calmette et Massol]

DEUXIÈME ÉDITION REFONDUE

1 volume in-8 de 200 pages. 9 fr. net

Questions Neurologiques d'actualité

Vingt conférences faites à la Faculté de Médecine de Paris
sous la direction de M. le Professeur PIERRE MARIE

1 volume de 552 pages avec 142 figures. 28 fr. net

Georges GUILLAIN

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Médecin de l'hôpital de la Charité.
Membre de l'Académie de Médecine.

Etudes Neurologiques

1 volume de 470 pages avec 18 figures et 4 planches. 25 fr. net

Georges GUILLAIN

Prof. agrégé à la Faculté de Paris

et

J. A. BARRÉ

Prof. à la Faculté de Strasbourg

Travaux Neurologiques de Guerre

1 volume in-8° de 462 pages avec 74 figures. . . . 18 fr. net

G. GUILLAIN

Guy LAROCHE

Médecin des hôpitaux de Paris

P. LÉCHELLE

Ancien interne des hôpitaux de Paris

La Réaction du Benjoin Colloïdal

et les réactions colloïdales
du liquide céphalo-rachidien

1 volume de 146 pages, 30 fig. et 4 planches. . . 12 fr. net

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

André THOMAS

Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph.
Vice-Président de la Société de Biologie.

Le Réflexe Pilo-Moteur

Etude Anatomo-Clinique sur le Système Sympathique

1 volume de 242 pages avec 74 figures et 12 planches en noir et en couleurs. **25 fr. net**

H. C. HALL

Chef de Laboratoire à l'Institut Sérothérapique de l'Etat Danois.

La Dégénérescence Hépato-Lentculaire ==

MALADIE DE WILSON — PSEUDO-SCLÉROSE

1 volume de 362 pages avec 44 figures. **20 fr. net**

Prof. VIGGO CHRISTIANSEN

Médecin de l'Hôpital Royal de Danemark.

Les Tumeurs du Cerveau ==

1 vol. de 353 pages avec 100 figures. **25 fr. net**

M^{me} ATHANASSIO-BENISTY

Les Lésions des Nerfs. Traitement et Restauration

1 vol. de 158 pages in-8, avec 66 figures. **7 fr. net**

**BALTHAZARD, CESTAN, CLAUDE,
MACAIGNE, NICOLAS, VERGER**

PRÉCIS DE PATHOLOGIE INTERNE TOME IV

Système Nerveux == Par MM. CESTAN et VERGER

3^e Édition 1 vol. de 916 pages, avec 113 figures, cart. **28 fr. net**

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

André BARBÉ

Médecin Aliéniste des Hôpitaux de Paris

Examen des Aliénés =

1 vol. de 178 pages. 8 fr. net

COURTOIS-SUFFIT

René GIROUX

La Cocaïne = Étude d'Hygiène sociale et de Médecine légale.

1 vol. in-8 de 228 pages. 4 fr. 50 net

D^r Francis HECKEL

La Névrose d'Angoisse et les Etats d'émotivité
anxieuse =

1 vol. gr. in-8 de 535 pages. 10 fr. net

D^r DEVAUX et LOGRE

Les Anxieux (Étude clinique) =

1 vol. in-8 de 256 pages. 5 fr. net

P. DUBOIS (de Berne)

L'éducation de soi-même =

1 vol. in-8 de 265 pages. (Septième édition). 8 fr. net

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

P. NOBÉCOURT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'hôpital des Enfants Malades.

Précis de Médecine des Enfants

QUATRIÈME ÉDITION

1 vol. de 1022 pages avec 229 figures... Broché. 30 fr. net
Cartonné. 34 fr. net

P. NOBÉCOURT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin des Hôpitaux.

Conférences pratiques sur l'alimentation des Nourrissons

1 volume de 318 pages. — 3^e édition remaniée. . . 18 fr. net

P. NOBÉCOURT

Professeur de Clinique médicale des Enfants
à la Faculté de Médecine de Paris.

G. SCHREIBER

Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
ancien chef de Clinique infantile.

Hygiène sociale de l'Enfance

1 vol. de 600 pages avec 129 figures dans le texte. 30 fr. net

E. LESNÉ

L. BINET

Physiologie Normale et Pathologique du Nourrisson

1 vol. de 297 pages. 18 fr. net

MASSON ET C^e, EDITEURS

A. B. MARFAN

Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital des Enfants Malades,
Membre de l'Académie de Médecine.

3^e Edition

Traité de l'Allaitement et de l'Alimentation des Enfants du premier âge

1 vol. in-8 de 926 pages avec 21 figures. 45 fr. net

A. B. MARFAN.

Les Affections des Voies digestives dans la première Enfance

1 vol. de 702 pages avec 39 figures et 2 planches. . . 35 fr. net

A. B. MARFAN

Les Vomissements périodiques avec Acétonémie

1 brochure de 63 pages. 4 fr. net

Jules COMBY

Médecin de l'hôpital des Enfants Malades

Deux cents Consultations médicales Pour les Maladies des Enfants

SIXIÈME ÉDITION

1 vol. in-16, cartonné. 8 fr. net

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

Eugène TERRIEN

Ancien chef de clinique infantile
de la Faculté à l'hôpital des Enfants Malades.

Précis d'alimentation des nourrissons

QUATRIÈME ÉDITION REVUE ET AUGMENTÉE

1 volume in-8 de 309 pages 12 fr. net

Précis d'alimentation des jeunes enfants

du sevrage à 10 ans

1 volume in-8 de 465 pages 14 fr. net

A. LESAGE

Médecin des Hôpitaux de Paris.

La Méningite Tuberculeuse de l'Enfant

1 vol. in-8 de 194 pages 5 fr. net

H. BERTIN-SANS

Professeur
à la Faculté de Montpellier.

D^r M. F. CARRIEU

Chef de clinique
à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Prophylaxie des maladies transmissibles

1 volume de 254 pages 10 fr. net

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

D^r Georges ROBERT

Thérapeutique oculaire

1 volume de 168 pages 6 fr. net

AXENFELD

Traité d'Ophtalmologie

Traduction française du D^r MENIER

1 vol. in-8 de 790 pages avec 12 planches en couleurs et 549 fig. 40 fr. net

D^r TERSON

Ophtalmologie du Médecin praticien

2^e édition. 1 vol. de 550 pages avec 356 figures (Collection du
Médecin praticien) 26 fr. net

F. TERRIEN

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris,
Ophtalmologiste de l'hôpital Beaujon.

Chirurgie de l'Œil et de ses annexes

DEUXIÈME ÉDITION

620 pages, 495 figures 50 fr. net

F. TERRIEN

Sémiologie Oculaire La Calotte cornéo-sclérale

1 vol. de 260 pages avec 144 figures 25 fr. net

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

M. NICOLLE

de l'Institut Pasteur de Paris.

Les Antigènes et les Anticorps

1 vol. in-8 de 116 pages. 4 fr. 50 net

A. PRENANT

Professeur
à la Faculté de Paris.

L. MAILLARD

Chef des trav. de Chim. biol.
à la Faculté de Paris.

P. BOUIN

Professeur agrégé
à la Faculté de Nancy.

Traité d'Histologie

TOME I. *CYTOLOGIE* (Épuisé). — TOME II. *HISTOLOGIE ET ANATOMIE*. 1 vol. 1210 p., 572 fig. dont 31 en coul. 55 fr. net

Maurice ARTHUS

Professeur de Physiologie à l'Université de Lausanne.

De l'Anaphylaxie à l'Immunité

1 volume de 361 pages. 20 fr. net

M. NICOLLE et J. MAGROU

de l'Institut Pasteur.

Les Maladies Parasitaires des Plantes

1 volume de 200 pages. 8 fr. net

A. BRACHET

Professeur à l'Université de Bruxelles

Traité d'Embryologie des Vertébrés

1 volume de 602 pages avec 567 figures. 60 fr. net

P. POIRIER — A. CHARPY

Traité d'Anatomie Humaine

Nouvelle Édition entièrement refondue sous la direction de

A. NICOLAS

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris.

- TOME I. — Embryologie. Ostéologie. Arthrologie.** *Épuisé.*
- TOME II. — 1^{re} Fasc. : Système musculaire . . .** 17 fr. net
2^e Fasc. : Angéiologie (Cœur et Artères), 248 fig. (3^e éd.) 15 fr. net
3^e Fasc. : Angéiologie (Capillaires, Veines), (3^e éd.). 22 fr. net
4^e Fasc. : Les Lymphatiques, 126 figures (2^e édition) *Épuisé.*
- TOME III. — 1^{re} et 2^e Fasc. : Système nerveux central.** 75 fr. net
3^e Fasc. : Système nerveux périphérique. . (en préparation).
- TOME IV. — 1^{re} Fasc. : Tube digestif**, 213 fig. (3^e éd.). 15 fr. net
2^e Fasc. : Appareil respiratoire, 121 figures (2^e éd.) *Épuisé.*
3^e Fasc. : Annexes du tube digestif. Péritoine. 22 fr. net
- TOME V. — 1^{re} Fasc. : Organes génito-urinaires** (en préparation).
2^e Fasc. : Organes des sens (3^e édition). 32 fr. net

Georges GÉRARD

Agrégé des Facultés de Médecine.
Professeur d'Anatomie à l'Université de Lille.

Manuel d'Anatomie Humaine

DEUXIÈME ÉDITION

- 1 vol. in-8° de 1275 pages, avec 1025 figures en noir et en couleurs et 4 planches en couleurs. 75 fr. net

Précis de Technique Opératoire

PAR LES PROSECTEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Pratique courante et Chirurgie d'urgence, par V. VEAU. 6^e édit.,
331 fig. — Broché 6 fr. Cartonné 7 fr. 50

Tête et cou, par CH. LENORMANT. 5^e édition, 247 fig. — Br. 6 fr.
Cartonné 7 fr. 50

Thorax et membre supérieur, par A. SCHWARTZ. 4^e édition,
199 fig. — Broché 6 fr. Cartonné 7 fr. 50

Abdomen, par M. GUIBÉ. 5^e édition, 242 fig. — Br. 10 fr.
Cartonné 12 fr. 50

Appareil urinaire et appareil génit. de l'homme, par P. DUVAL.
5^e édit., 234 fig. — Broché 6 fr. Cartonné 7 fr. 50

NOUVELLE SÉRIE

Appareil génital de la femme, par R. PROUST. 5^e édition,
révisée par le D^r CHARRIER, professeur à la Faculté de Médecine
de Paris. — Broché 10 fr. Cartonné 12 fr.

Membre inférieur par GEORGES LABEY. 5^e édition révisée par
le D^r J. LEVEUF, professeur à la Faculté de Paris. —
Broché 10 fr. Cartonné 12 fr.

Chirurgie réparatrice et orthopédique

APPAREILLAGE et INVALIDITÉS

OUVRAGE PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE MM.

JEANBRAU, NOVÉ-JOSSERAND et OMBREDANNE

2 vol. in-8, formant ensemble 1340 pages avec 1040 fig. 80 fr. net

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

F. LEJARS

Traité de Chirurgie d'urgence

HUITIÈME ÉDITION

1 vol. de 1120 pages, gr. in-8°, avec 1100 figures et 20 planches.

Broché, sous couverture forte. 75 fr. net

Relié toile, en deux volumes. 90 fr. net

Th. TUFFIER

Professeur agrégé
à la Faculté de Médecine de Paris.

P. DESFOSSÉS

Chirurgien
de l'hôpital Britannique à Paris.

Petite Chirurgie pratique

6^e édition revue. 1 vol. de 732 pages, 425 figures. . . . 32 fr. net

Aug. BROCA

Professeur d'opérations et d'appareils à la Faculté de Paris.

Chirurgie Infantile

1 vol. in-8 jésus de 1136 pages avec 1259 figures, cartonné 32 fr. net

Léon BÉRARD

Professeur de clinique chirurgicale.

Paul VIGNARD

Chirurgien de la Charité (Lyon).

L'Appendicite (Étude clinique et critique)

vol. gr. in-8 de 888 pages avec 158 figures dans le texte. 20 fr. net

A. MATHIEU

L. SENCERT

Th. TUFFIER

J. CH.-ROUX

ROUX-BERGER

F. MOUTIER

Traité Médico-Chirurgical des Maladies de l'Estomac et de l'Œsophage

1 vol. gr. in-8 de 934 pages avec 300 figures dans le texte. 25 fr. net

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE ET DE THÉRAPEUTIQUE
CHIRURGICALE

OUVRAGES DE H. HARTMANN

Professeur de Clinique à la Faculté de Paris.

Gynécologie opératoire

1 vol. gr. in-8 de 500 pages, 422 fig. dont 80 en couleurs, cart. 22 fr. net

Organes génito-urinaires de l'homme

1 vol. gr. in-8 de 432 pages avec 412 figures. 16 fr. 50 net

Travaux de Chirurgie anatomo-clinique

Avec la collaboration de : MM. Cunéo, Delamare, Esmonet, Henry,
Küss, Lavenant, Lebreton, Lecène, Okinczyc.

1^{re} Série. Voies urinaires. — Estomac épuisé

2^e Série. Voies urinaires. — Testicule épuisé

3^e Série. Chirurgie de l'Intestin 17 fr. 50 net

4^e Série. Voies urinaires 17 fr. 50 net

Chirurgie des Voies biliaires

5^e SÉRIE DES TRAVAUX DE CHIRURGIE

Avec la collaboration de MM. BOPPÉ, HAUTÉFORT,
PETIT-DUTAILLIS, RENAUD, ULHRICH, VIRENQUE.

1 volume de 356 pages avec 87 figures 30 fr. net

L. H. FARABEUF

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Précis de Manuel Opératoire

1 vol. in-8 de 1092 pages avec 862 figures. 30 fr. net

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

V. WALLICH

Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Eléments d'Obstétrique

4^e édition refondue, 1 volume de 709 pages et 180 fig.. 26 fr. net

COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Paris.

Chirurgie utérine obstétricale

1 vol. in-4 de 224 pages avec 44 planches hors texte, cart. 36 fr. net

H. VARNIER

Professeur à la Faculté. Accoucheur des hôpitaux.

La Pratique des Accouchements Obstétrique journalière

1 vol. in-8 de 440 pages avec 386 figures, relé. 29 fr. net

L. H. FARABEUF

Henri VARNIER

Introduction à l'étude clinique et à la pratique Des Accouchements

1 vol. de 488 pages, 375 figures. 5^e édition. 30 fr. net

H. GUILLEMINOT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,

Electrologie et Radiologie

TROISIÈME ÉDITION

1 volume grand in-8 de 642 pages avec 278 figures. . . 40 fr. net

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

Robert HENRY

André DEMONCHY

Manuel d'Urétroscopie

1 vol. de 116 p., 56 fig. et 30 fig. hors texte en couleurs. 25 fr. net

D^r ARCELIN

Exploration radiologique des Voies Urinaires

1 vol. gr. in-8 de 175 pages avec fig. et 6 planches hors texte. 8 fr. net

P. RUDAUX

Accoucheur de la maternité de l'hôpital Boucicaut.

Précis d'Anatomie, de Physiologie et de Pathologie élémentaires

4^e édition 1 vol. de 828 pages avec 580 figures. 24 fr. net

M^{lle} CHAPTAL

Directrice de la Maison-école des infirmières privées

Le Livre de l'infirmière

Adaptation de l'ouvrage anglais de Miss OXFORD

1 volume de 348 pages. 2^e édition augmentée 10 fr. net

J. BROUSSES

Manuel technique de Massage

5^e édition. 1 vol. de 386 p. avec 85 figures dans le texte. 12 fr. net

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

L. GUIRAUD

Professeur d'hygiène à la Faculté de Toulouse

Manuel d'Hygiène

QUATRIÈME ÉDITION

PAR LE D^r ALBERT GAUTIÉ

Directeur du bureau municipal de Toulouse

2 vol. formant ensemble 1280 pages avec 185 figures. 30 fr. net

L'Armement antituberculeux en France

1 volume de 308 pages 10 fr. net

M. BOULE

Professeur au Muséum d'Histoire naturelle.
Directeur de l'Institut de Paléontologie humaine

Les Hommes Fossiles

Éléments de Paléontologie humaine

DEUXIÈME ÉDITION

1 volume de 506 pages avec 248 figures.

Broché 40 fr. net

Cartonné 45 fr. net

H. F. OSBORN

L'origine et l'évolution de la vie

Edition française avec préface et notes, par Félix SARTIAUX

1 volume de 304 pages avec 126 figures 25 fr. net

Rémy PERRIER

Professeur adjoint à la Faculté des Sciences de l'Université de Paris.

Cours Élémentaire de Zoologie

1 vol. de 871 pages, avec 765 fig. dans le texte et 16 planches. 30 fr. net

84715.

La Librairie Masson et C^e fait sur demande
le service régulier de ses Bulletins de
nouvelautés médicales et scientifiques.

